Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL **SEPTEMBRE 2021** N°160

ÉDITORIAL

Instrumentation de gestion : d'un modèle prescrit à un modèle apprenant

L'hôpital public constitue, en France, un des plus anciens « laboratoire » de la mise en place d'un calcul de coûts dans une organisation publique. Dès la loi Debré (1958), les hôpitaux publics ont dû se familiariser avec la planification budgétaire pour laquelle le coût de la journée d'hospitalisation constituait un indicateur, déjà essentiel. Puis sont venus dans les années 1980-1990 le PMSI et finalement la tarification à l'activité (T2A) à partir de 2004.

Aujourd'hui, les gestionnaires hospitaliers publics sont incités par leur tutelle (ARS) et la philosophie gestionnaire qu'elle porte à améliorer l'efficience de leurs structures et à développer leur pilotage stratégique. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur les outils de contrôle de gestion qui sont prescrits par la comptabilité analytique hospitalière (CAH). L'ambition, clairement affichée, est de doter les établissements d'un outil de pilotage stratégique et d'un support au dialogue de gestion afin d'améliorer leur efficience.

Les outils de gestion au sens large sont construits sur la base de représentations du fonctionnement des organisations au sein desquelles ils sont implantés. Ces représentations elles-mêmes s'intègrent à une vision générale du fonctionnement de la société dans laquelle s'insèrent ces organisations. De ce fait le pilotage d'organisations allogènes (service public) avec les outils du modèle dominant (économie de marché) est problématique sur le long terme. L'instrumentation de gestion qui leur est proposée, les pousse insensiblement vers le modèle dominant. Pour conserver et exploiter leur originalité, les organisations hospitalières publiques doivent se doter d'une lecture critique des outils de gestion standard et investir dans le développement de variantes spécifiques capables de contribuer à un pilotage en cohérence avec la vision que le pays a de son système de santé public.

Au sein de la CAH la T2A ne doit pas être vue seulement comme l'addition d'un outil de calcul économique permettant à la direction de se construire une nouvelle vision de la formation du résultat de l'établissement. La T2A et son support, le calcul du coût des GHS doit également être appréhendée comme une étape historiquement datée dans la transformation des organisations de santé et à ce titre comme support et objet d'un apprentissage organisationnel.

Pour cela, la solution est dans le développement du dialogue et des analyses conjointes aux différents groupes concernés au sein de l'organisation. Il s'agit dans notre contexte de faire expliciter par les médecins, les non médicaux et les administratifs leurs présupposés par rapport aux concepts économiques et aux notions de coût et de marge tout spécialement. L'objectivation et le dialogue doivent permettre aux acteurs de surmonter les freins à l'innovation de gestion. Sans cette innovation au sein des établissement, il n'y a aucun mécanisme d'apprentissage national. Mécanisme essentiel à l'explicitation de l'articulation entre la production de connaissances et la production de valeur pour la société.

Pierre MÉVELLEC
Chercheur et Consultant indépendant

SOMMAIRE

FINANCEMENT & FACTURATION

L'instruction frontière après plus de 6 mois de mise en œuvre : un bilan à mi-étape ? *p2*

La procédure de rescrit tarifaire est précisée par décret *p6*

GESTION FINANCIÈRE

La situation de la dette hospitalière *p10*

De la reprise de la dette des hôpitaux au dispositif de soutien *p12*

CONTROLE DE GESTION & AUDIT

TMCD : Retours d'expériences et préconisations pour un changement culturel réussi *p16*

JURIDIQUE

Ordonnance du 12 mai 2021 : la réforme des autorisations sanitaires suit son cours *p22*

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... *p26 ; p28*

ISSN 1955-642X

FACTURATION

L'instruction frontière après plus de 6 mois de mise en œuvre : un bilan à mi-étape ?

Le 28 février 2020 était publié l'arrêté prestations qui laissait augurer la publication d'une nouvelle instruction frontière susceptible de décliner les interventions composant une hospitalisation de jour. De fait, la précédente instruction frontière datait de 2010 et avait montré son incapacité à favoriser une réelle bascule ambulatoire. Le chantier de la nouvelle circulaire frontière avait été ouvert plusieurs années auparavant par la DGOS, désireuse de produire, en concertation avec les acteurs, un dispositif équilibré, qui puisse à la fois promouvoir les prises en charge ambulatoire sans appauvrir l'assurance maladie, et sans générer d'effets de bord ni d'effets d'aubaine susceptibles de déstabiliser le système. L'équation était complexe et a nécessité des itérations multiples et parfois infécondes entre les acteurs, désireux de promouvoir leurs pratiques et d'imposer leurs modèles. L'instruction gradation a été tardivement publiée en septembre 2020, en pleine pandémie, donc dans un moment peu propice à porter les grands bouleversements organisationnels escomptés. Les observateurs, à commencer par le Dr Bercelli dans ces colonnes[1], sont convenus que la réforme était « *dans l'ensemble globalement favorable aux établissements de santé, soulignant ainsi la volonté du Ministère de favoriser le développement de l'hospitalisation de jour en médecine en la confortant*. ». En dépit d'un contexte défavorable, les établissements se sont-ils emparés de cette réforme pour moderniser leurs organisations ou leurs pratiques ? Des zones d'ombre persistent-elles ?

Hélène de FAVERGES,
Directrice d'hôpital

[1] Bercelli Paolo, L'instruction « gradation » du 10 septembre 2020, *Finances Hospitalière* n° 151 - Novembre 2020

UNE OPPORTUNITÉ ORGANISATIONNELLE ET DE QUALITÉ, Y COMPRIS DE QUALITÉ DU CODAGE

La circulaire frontière favorise le virage ambulatoire en sécurisant les recettes. Il y a un effet d'aubaine, dans la bonne rémunération affichée, mais aussi la volonté de rassurer les acteurs sur la pérennité des organisations qu'ils vont mettre en place. L'inertie de la machine hospitalière se prête peu aux hésitations et la visibilité pluriannuelle sur les recettes est la condition *sine qua non* à toute modernisation du système.

Le principe de gradation tient à une double rémunération, les HdJ à GHS minoré se substituant aux forfaits prestation intermédiaire. L'idée sous-jacente est de produire un dispositif simple, reposant sur un nombre limité de tarifs qui constituent de fait des forfaits, pour indemniser les moyens médicaux mobilisés. Le principe de fond, qui guidera probablement les contrôles à venir, est de ne pas transformer artificiellement de l'externe en HdJ. Le critère de bon sens qui prévaudra est vraiment l'analyse de « l'acte marqueur » s'il y a lieu (mais c'est la situation la plus triviale) et surtout celle des moyens mobilisés. Le dispositif ne doit pas être décourageant pour l'hôpital, de même qu'il ne doit pas constituer une aubaine dans un contexte financier ultra contraint.

Pour évaluer à ce stade la modification des pratiques de facturation, il faudrait analyser serait le taux de conversion, c'est-à-dire la bascule externe / HdJ à périmètre de soin constant. A ce stade, nous disposons de trop peu de données fiables même si on peut supposer que c'est une aubaine non négligeable. Cette analyse sera intéressante en année pleine, 2021 versus 2020, tout en mesurant autant que faire se peut le poids de la non qualité de la donnée en l'absence de doctrine et de jurisprudence de l'assurance maladie.

Le risque du mécodage est majeur, ce qui positionne le rôle central du DIM, tant sur le plan didactique que sur celui du repérage et de la correction des erreurs. Il appartient aux DIM des établissements de santé de produire des guides de pratiques explicitant ce

qui fonde médicalement l'hospitalisation de jour, plutôt qu'un acte externe. Les critères prévalant sont clairs, mais il appartiendra à chaque site de les mettre en adéquation avec les caractéristiques du patient et les organisations internes :

- La nécessité d'une approche multidisciplinaire ou multicompétences ;
- La nécessité d'une surveillance renforcée, qui fonde la différence avec l'externe ;
- La mobilisation de ressources supplémentaires liées aux besoins médicaux du patient, et incompatibles avec la prise en charge courante en externe.

Ainsi, la dimension médicale doit prévaloir sur l'approche économique : c'est le besoin médical qui fonde le recours à l'HdJ et non l'effet d'aubaine. Les deux dimensions justifiant médicalement l'organisation en HdJ sont la sécurité du patient, ou son confort à voir les soins rassemblés dans un espace-temps unique. Le premier sera bien sûr pris en compte par l'assurance maladie à l'appui d'un éventuel contrôle, mais le second ne semble pas recevable.

Un HdJ doit rassembler des interventions dans une même journée calendaire, sous la coordination d'un médecin qui en produit le compte rendu. Ces conditions indispensables sont de bonne pratique aussi puisqu'elles évitent de faire revenir le patient, ou de le coucher dans un lit pour espacer les soins. En revanche, la surveillance médicale et soignante propre à l'HdJ peut se justifier par la nécessité de surveiller un patient fragile, ce qui constitue un motif médical recevable.

UNE OPPORTUNITÉ POUR LES ACTIVITÉS NON NOMENCLATURÉES ET LES ACTIVITÉS TRANSVERSALES

L'hôpital promeut des activités paramédicales non nomenclaturées, mais dont le bénéfice thérapeutique n'est plus à démontrer (psychomotricien, ergothérapeute, diététicien, psychologues etc.) ainsi qu'une prise en charge psychosociale renforcée (assistants socio éducatifs, APA etc.), contribuant à la prise en charge holistique du patient. Or, en T2A, ces activités non CCAM sont forcément fragiles. La possibilité de les comptabiliser en interventions est de nature à les sécuriser. De même, dans l'appréciation de la prise en charge élémentaire, qui aurait vocation à se faire en externe, l'adjonction de soins de support ou de compléments paramédicaux semblent aptes à étayer le recours à l'HdJ.

Ainsi, des prises en charges spécifiques quoique courantes pourraient aisément basculer en HdJ. En maternité, par exemple, une parturiente vulnérable sur le plan socio psychologique pourrait bénéficier d'une prise en charge conjointe, associant sage-femme, échographie, psychologue et assistant socio éducatif, dans une temporalité unique évitant les ruptures de soin. Cet exemple est prégnant parce que la psychiatrie périnatale constitue une très bonne entrée dans le soin de populations vulnérables, jeunes, qui y sont jusque-là étanches, mais que la grossesse oblige à fréquenter l'hôpital.

En termes de qualité des soins précisément, les prises en charge transversales, par exemple issues des équipes douleur ou liaison psychiatrique, trouvent une place très intéressante en complément des soins somatiques de base. C'est un modèle économique intéressant pour valoriser ces activités transversales que tous les services apprécient sans vouloir les financer sur leur substance : la réforme de la psychiatrie semble laisser la liaison sur le bord de la route, et ce pourrait être une bonne manière d'en obtenir compensation.

DES CONTRAINTES INDUCTIVES DE QUALITÉ

Les pouvoirs publics ont cherché à évincer de leur modèle les effets d'aubaine qui alourdiraient le coût du dispositif sans majorer le service rendu à l'usager. Mais en l'occurrence, la règle des 4 interventions semble de nature à densifier les prises en charge et à éviter de coucher le patient dans un lit en attendant une prestation non coordonnées. Les travaux sur la pertinence des nuitées ont montré que bon nombre des nuitées inadéquates étaient consécutives à une mauvaise coordination des soins, qui ne permettait pas leur organisation sur la journée.

Des conditions de facturation qui semblent liées à une bonne pratique médicale :

Pour facturer, l'hôpital doit disposer d'une autorisation d'activité en HdJ même si la prestation n'est pas effectuée dans une structure d'HdJ (D.6121-301-1). Cependant, une structure sans hospitalisation pourra facturer un HdJ si elle est amenée à produire un geste marqueur. C'est par exemple le cas d'un service d'imagerie qui devrait recourir à une anesthésie pour réaliser un acte chez un patient non coopérant – en dehors de toute unité d'hospitalisation dans le service.

Une admission dans une structure d'hospitalisation MCO

- C'est au moment de l'admission que le choix de l'HdJ est codé (même si des requalifications sont possibles, elles restent compliquées et induisent des manipulations administratives un peu malaisées). Les conditions de réalisation d'un HdJ doivent être appréciées en amont de l'admission du patient ; si elles ne sont pas réunies, l'acte est requalifié en externe, avec un delta financier important. La bonne coopération entre structures administratives et médicales est essentielle, au moins dans la période de rodage des HdJ nouvelle formule.

Une prise en charge caractérisée par au moins une des conditions suivantes :

- la réalisation d'un acte CCAM dit "classant" au sens PMSI, connues dans l'algorithme de groupage en codes C (chirurgie), K (interventionnel) ou parfois Z. La présence de ces codes emporte automatiquement un GHS plein (ex. *greffes de cellules souches hématopoïétiques, le cas échéant, lors d'une venue sans nuitée*) En revanche, les actes associés à un forfait sécurité environnement sont, sauf exception, exclusifs de la facturation d'un HdJ.
- La réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale dans le cadre d'une activité 4, ou associant un geste d'anesthésie complémentaire (codé ZZLP025).
  - La facturation est acquise même si l'anesthésie n'est pas réalisée : la coloscopie est une activité 4, mais reste passible de l'HdJ même si l'anesthésie n'est pas administrée.
  - A contrario, les gestes n'impliquant pas une activité 4 peuvent être codés en HdJ s'il a été nécessaire de pratiquer une anesthésie (ex. IRM sous anesthésie générale en pédiatrie). Dans ce cas, l'anesthésie est l'acte complémentaire emportant facturation de l'HdJ.
  - Les anesthésies locales ou le MEOPA ne sont pas classants, sauf si la sédation profonde implique une surveillance particulière.
  - Dans tous les cas, les médecins devront s'assurer de la traçabilité de l'ensemble des critères ayant justifié la facturation d'un HdJ. A défaut, le geste aurait vocation à être requalifié en externe lors d'un contrôle.
- l'administration d'un produit de la réserve hospitalière (hors toxine botulique)
- l'existence d'un "contexte patient " ou "surveillance particulière" qui sera la condition la plus difficile à constituer et pour laquelle il faudra avoir dûment documenté la nécessité en cas de contrôle.
- la réalisation d'au moins trois "interventions" pour un GHS intermédiaire, et 4 pour un GHS à taux plein. Il s'agit d'actes relevant de techniques différentes ou produits par différents professionnels.
  - La CCAM indique les règles de facturation des actes qui y sont inscrits, facilitant leur décompte dans le cadre de l'HdJ.
  - Les actes non-inscrits à la CCAM peuvent être comptabilisés dans un HdJ, ce qui permet de les valoriser, mais ils sont plus litigieux. Les actes innovants doivent être validés par la HAS, mais cela prendra un délai non négligeable.

Une coordination de l'hospitalisation par un professionnel médical et la rédaction d'une synthèse le jour même.

OMBRES ET BROUILLARD

En l'absence de contrôles susceptibles de construire une jurisprudence et une doctrine,

une interprétation des textes met en évidence des zones d'ombre dans lesquelles le recours à l'HdJ semble fragile.

Des incertitudes liées aux gestes.

Le principe est celui d'un geste nécessitant une surveillance médicale renforcée, qui ne pourrait être assurée en externe. Il en résulte de possibles divergences d'appréciation. Par exemple, si l'immunothérapie relève d'une séance, on peut admettre que la première administration à un enfant nécessite un HdJ pour évaluer la tolérance au produit. De fait, l'administration de produits pharmaceutiques peut justifier un HdJ lors de la première injection, tandis que les suivantes, mieux balisées, devront faire l'objet d'un acte allégé.

Des divergences doctrinales émergent et risquent de compliquer la donne. La ponction lombaire par exemple, effectuée hors SAU, est un geste isolé qui ne semble pas répondre aux critères pressentis (intervenant unique, pas d'anesthésie etc.). Pour autant, la HAS a produit une recommandation n'excluant pas qu'elle soit pratiquée en HdJ[2].

[2] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3067854/fr/prevention-et-prise-en-charge-des-effets-indesirables-pouvant-survenir-apres-une-ponction-lombaire

Des incertitudes à l'intervention et à celui qui la pratique

En principe, les interventions doivent être distinctes. Mais un professionnel peut accomplir plusieurs interventions différentes : par exemple, un rhumatologue qui effectue une consultation, puis une ponction articulaire puis une échographie articulaire pourra coder un HdJ puisque ce sont 3 gestes distincts, relevant de pratiques différentes et d'un statut administratif distinct (consultation, interventionnel, acte d'imagerie).

De même, les actes peuvent être accomplis par des professionnels étrangers à l'établissement (par exemple, la société de location d'un appareil médical dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique) ou être accomplis à distance du plateau d'accueil du patient, dans le cadre d'une téléconsultation ou d'une télé expertise ayant donné lieu à un compte rendu.

Plus complexe est l'acte soignant. L'IDE peut intervenir à plusieurs titres, mais il faudra toujours tracer les interventions pour pouvoir démontrer qu'elles s'inscrivent dans une surveillance rapprochée ou dans l'accomplissement de gestes sortant d'une prestation basique. De même les interventions groupales sont possibles à condition qu'elles s'intègrent dans un continuum de prise en charge. C'est le cas de l'ETP par exemple. Mais pour ces situations tangentes, la règle est celle de l'inscription d'un résumé minimum d'intervention dans le dossier patient, stipulant la date de réalisation du geste, le nom de l'intervenant et un bref compte rendu.

Des incertitudes liées au patient

C'est sans doute l'item le moins évident à calibrer à l'avance. Il postule l'idée que certains patients sont suffisamment difficiles à prendre en charge pour nécessiter la mobilisation de moyens plus lourds, donc la facturation d'un HdJ. L'instruction énumère l'âge extrême du patient, son handicap, sa pathologie psychiatrique, sa vulnérabilité sociale ou ses antécédents médicaux comme constituent un faisceau d'indices qui ne pourront être reconnus que s'ils sont dûment documentés. Pris isolément aucun critère ne suffit à coder un HdJ, mais c'est leur prévalence dans une situation de fait rendue plus complexe qui le justifie. On pressent bien que sur ce point, les litiges risquent de se multiplier et de fournir une abondante jurisprudence.

L'instruction frontière a indubitablement ouvert de solides perspectives aux prises en charge coordonnées. Mais le contexte pandémique a empêché l'activité hospitalière de se réorganiser rapidement autour de ces opportunités et nous en sommes réduits à conjecturer. Cela signifie que les hôpitaux auront tout intérêt à anticiper l'évolution probable vers une appréciation restrictive des conditions, et devront imaginer des protocoles de recours à l'HdJ rapidement réversibles en cas de contrôles disqualifiant les interventions. En outre, il y aura lieu de bien analyser la pertinence économique à coder un HdJ plutôt que de l'externe quand il s'agit d'actes coûteux, dont l'addition peut s'avérer plus pertinente. Pour l'un comme pour l'autre, les DIM sont au cœur de la pédagogie organisationnelle des soins pour s'accorder le mieux possible aux dispositifs médico économiques en vigueur.

FACTURATION

La procédure de rescrit tarifaire est précisée par décret

Le décret n° 2021-818 du 25 juin 2021[1] vient préciser les conditions d'application du rescrit tarifaire institué par l'article 54 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 [2]. Ces deux textes sont codifiés sous les articles L. 162-23-13-1 et D. 162-10-2 du code de la sécurité sociale.

[1] JO du 27 juin 2021

[2] DELNATTE J.C. « Le point sur les réformes du financement des activités hospitalières », *Finances hospitalières* n° 152, - décembre 2020

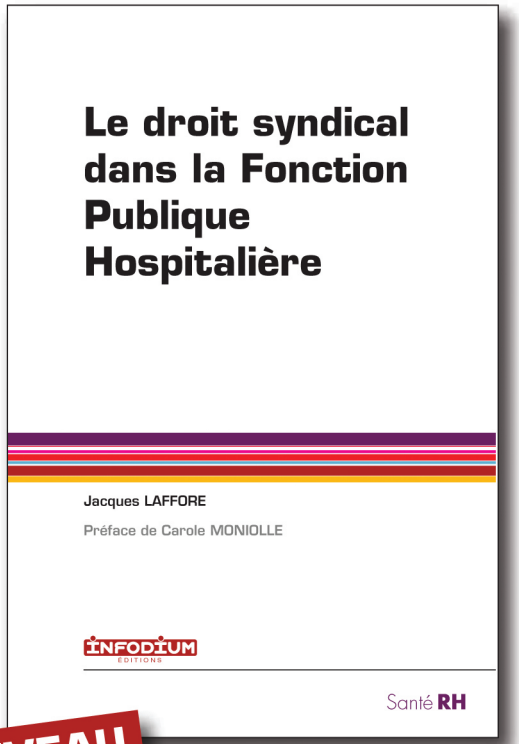
Cette procédure, s'inspirant du rescrit existant en matière fiscale, permet à un établissement de santé de solliciter une prise de position formelle de l'administration sur l'interprétation des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée. Une demande de rescrit peut également être adressée par une organisation nationale représentative des établissements de santé ou une société savante pour le nom et le compte d'un ou plusieurs établissements de santé, dans les mêmes conditions.

La réponse apportée à la demande de rescrit est opposable par le demandeur et engage ainsi les services de l'Etat et de l'assurance maladie à ne pas revenir sur cette position en cas de contrôle ultérieur réalisé au sein de l'établissement et portant sur une prise en charge comparable à celle décrite dans la demande. L'établissement doit être de bonne foi et suivre effectivement la position ou les indications contenues dans la réponse de l'administration. Cette réponse, dès lors qu'elle a été publiée, est également opposable, par tous les autres établissements de santé, y compris au cours d'un contrôle, à condition de relever d'une situation de fait comparable. L'opposabilité prend fin lorsque la situation exposée dans la demande ou la réglementation ont été modifiées.

Le ministère des solidarités et de la santé a mis en ligne sur son site internet le 29 juin 2021 une note de présentation de la procédure sous le titre « Rescrit tarifaire : comment ça marche ? », ainsi que le modèle de formulaire à remplir par le demandeur.

INFODIUM
ÉDITIONS

Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière



NOUVEAU

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.

- **Participation, négociation, transformation de la FPH : les nouveaux rôles des syndicats**
- **Organisation et financement des organisations syndicales**
- **Droits et devoirs du représentant syndical**

Par **Jacques LAFFORE**
Préface de **Carole Moniolle**

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 « ***Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière*** » par Jacques Laffore, 350 pages (ISBN 978-2-9559203-7-4) 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 : .....

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

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

DETTE

La situation de la dette hospitalière

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a publié le 26 mai 2021 un rapport sur la situation financière à la fin de 2018 des établissements de santé publics (EPS) et privés à but non lucratif (EBNL)[1] ; quoique leur publication soit très tardive, les informations fournies sont intéressantes, en particulier celles portant sur l'état de la dette des hôpitaux, analysée en détail dans l'annexe 3 du rapport. Elles sont présentées ci-après[2], complétées par celles, plus récentes, que donne la Cour des comptes dans son rapport de juin 2021 sur la situation et les perspectives des finances publiques[3].

Jean-Claude DELNATTE

LE DÉSENDETTEMENT DES EPS SE POURSUIT, À REBOURS DE LA DETTE PUBLIQUE FRANÇAISE

Fin 2018, l'encours de dette des EPS s'établit à 29,3 Md€, en baisse de 366,6 M€[4] par rapport à 2017, soit -1,2%. Celui des EBNL est de 2,8 Md€ en progression de 0,5%.

La durée apparente de la dette moyenne globale diminue entre 2017 et 2018 (8,2 ans en 2018) mais plus de 38% des EPS ont une durée supérieure à 10 ans. Le ratio d'indépendance financière diminue pour atteindre, en 2018, 52,6% et pour la moitié des établissements l'encours de la dette représente près de 40 % des capitaux permanents.

- En 2018, le poids de la dette dans les produits toutes activités confondues[5] est évalué à 35,1%, ce qui reste élevé et supérieur au seuil fixé par l'article D 6145-70 du CSP (>30%). Cet indicateur s'établit comme suit par catégorie d'établissements :
- CHU : 35,6% ;
- CH 34,7% dont
  - CH>150M39,1%
  - 70<CH<150M34,5%
  - 20M<CH<70M30,1%
  - CH<20M37,5%
- USLD 46,4%

La charge de la dette en 2018 (capital + charges intérêts) est de 2 400,8 M€, soit 1 685,5 M€ de remboursement de capital et 715,3 M€ d'intérêts[6].

Cette évolution contraste avec la progression continue de la dette publique, principalement supportée par l'État, ainsi que le relève la Cour des comptes: la dette publique au sens de Maastricht s'établit à 2 650,1 Md€ au 31 décembre 2020, soit une progression d'environ 270 Md€ par rapport à 2019, du fait de la crise sanitaire amplifiant la dynamique des années précédentes; le niveau d'endettement des administrations publiques françaises a augmenté de 1 042 Md€ depuis 2009 et a été multiplié par trois en euros courants depuis l'année 2000.

L'État porte la plus grande part de la dette publique en raison de ses déficits récurrents depuis 40 ans, mais aussi de son rôle de réassureur qui le conduit, en période de crise, à prendre à sa charge le financement des mesures de soutien ou de relance de l'économie.

Le poids de la dette des administrations publiques locales (APUL) et des organismes divers d'administration centrale (ODAC) dans l'endettement total a diminué.

La part de la dette des administrations de sécurité sociale (ASSO) dans le total de dette publique a également progressé, de 5 % en 1995 à 9 % en 2008 pour s'établir à environ 10 % sur la décennie 2010. Elle recouvre principalement celle émise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) afin d'amortir les déficits passés

[1] https://www.atih.sante.fr/comptes-financiers-observatoire-de-la-dette

[2] Il est précisé que la base d'analyse pour les valeurs 2018 de l'ATIH représente 93.6% des établissements totalisant 97.1% du total des produits.

[3] https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-et-les-perspectives-des-finances-publiques-12

[4] Après retraitement des opérations afférentes à l'option de tirage sur ligne de trésorerie

[5] Encours de la dette/ produits globaux*hors 7087

[6] L'analyse de l'annuité de remboursement est effectuée sur 86,2% des encours en 2018.

qui lui ont été transférés, ainsi que l'endettement à court terme de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour financer les déficits annuels des caisses du régime général de sécurité sociale et la dette de l'Unédic.

en milliards d'€	***2019***	***2020***	***Variation 2020/ 2019***	
État	**1 910,9**	**2 088,2**	**177,3**	**9,3%**
ODAC	**64,9**	**63,6**	**-1,3**	**-2,0%**
dont SNCF Réseau	54,8	53,9	-0,9	-1,6%
ASSO	**193,1**	**268,4**	**75,3**	**39,0%**
dont CADES	92,4	105,1	12,7	13,7%
dont ACOSS	21,5	62,5	41,0	190,7%
dont Unédic	41,1	62,3	21,2	51,6%
dont hôpitaux	32,8	32,2	-0,6	-1,8%
APUL	**210,5**	**230,0**	**19,5**	**9,3%**
dont communes	113,8	116,3	2,5	2,2%
dont départements	33,2	34,1	0,9	2,7%
dont régions	29,4	32,3	2,9	9,9%
dont organismes divers locaux	14,9	27,4	12,5	83,9%
Total	**2 379,4**	**2 650,1**	**270,8**	**11,4%**

Source : Cour des comptes d'après INSEE comptes nationaux

La dette des établissements de santé[7] ne représente que 12 % de la dette des administrations de sécurité sociale et 1,22 % de la dette publique totale, en baisse en 2020 par rapport à 2019. Elle résulte principalement de la décision de l'Etat de faire financer par l'emprunt la relance de l'investissement hospitalier par les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » et a triplé en 10 ans, pour se stabiliser à partir de 2014 puis décroître ensuite. Malgré la persistance de déficits récurrents, la baisse des dépenses d'investissements et leur autofinancement presque complet ont permis cette décroissance.

[7] Y compris les établissements privés non lucratifs

L'EMPRUNT BANCAIRE DEMEURE LE MODE DE FINANCEMENT PRIVILÉGIÉ

L'encours de dette des EPS est constitué à :

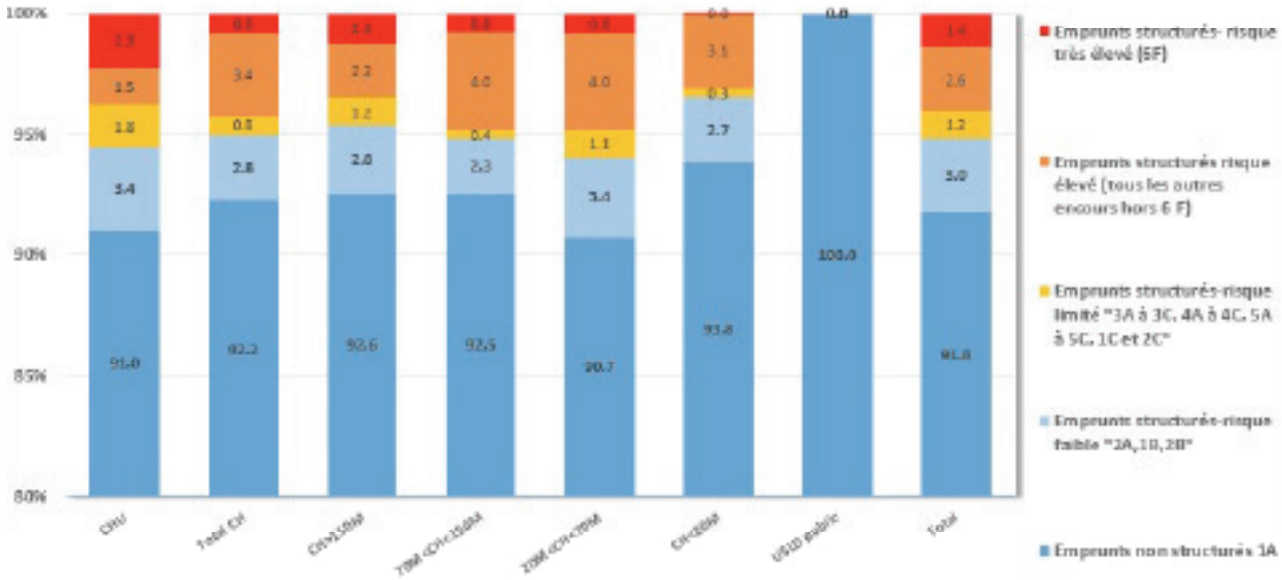
- 86,5% d'emprunts auprès des établissements de crédit (C/164);
- 9,3% d'emprunts obligataires (C/163) principalement détenus par les CHU;
- 4,1% d'emprunts et dettes assortis de conditions particulières (C/167), composés majoritairement des dettes au titre des partenariats public-privé;
- 0,1% d'autres emprunts et dettes assimilées (C/ 168).

La Cour des comptes relève que les administrations publiques couvrent désormais la plus grande part de leur besoin de financement par appel aux marchés financiers, à l'exception notable des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers pour lesquels les emprunts bancaires demeurent le mode de financement privilégié, seuls l'AP HP et les CHU ayant recours à des émissions obligataires.

UNE DETTE TOUJOURS MOINS RISQUÉE

En 2018, la répartition de l'encours de la dette bancaire des EPS par niveau de risque selon la charte «Gissler» est la suivante :

Structure de la dette bancaire des établissements en 2018 par niveau de risque



Source : ATIH

Les emprunts non risqués (côtés 1A) représentent en 2018 91,8% de l'encours total, soit 25 468,8 M€, en progression régulière depuis plusieurs années, observée sur l'ensemble des catégories d'établissements; leur part était de 88,6 % en 2015 et de 91,4% en 2017.

Les emprunts structurés à risque élevé (1D à 5D et 1E à 5E) représentent 2,6% de l'encours total, soit 723,1 M€. Cette proportion est plus importante dans les CH (3,4%) et plus particulièrement dans les 2 catégories de taille intermédiaire avec des taux identiques de 4% ;

Le montant des emprunts structurés à risque très élevé (6F) est de 395 M€ en 2018, soit 1,4% des encours. Cette part est plus élevée dans les CHU et dans les gros CH. Leur montant, qui était de 689 M€ en 2015, soit 2,5 % de l'encours total, et de441 M€ en 2017, est en forte diminution.

Dans le cadre du dispositif d'accompagnement des EPS dans la sécurisation de leurs prêts structurés« hors charte Gissler » (6F), mis en place fin 2014 pour les petits établissements et étendus aux plus importants en 2015, le montant des indemnités de remboursement anticipées (IRA, ou « coût de sortie ») est précisément suivi:

<u>Ratio IRA/ encours des contrats présentant un coût de sortie pour les emprunts 6F</u>

- CHU 104,4%
- CH 131,9%
  - CH>150M 168,4%
  - 70M<CH<150M 44,3%
  - 20M<CH<70M ND
  - CH<20M 18,7%
  - TOTAL 112,0%

En 2018, 4 contrats à fort risque de dégradations financières pour les établissements, dont 2 contrats typés 3E et 2 contrats typés 6F, ont été refinancés par des contrats de type1A .

Sur l'année 2018, les nouveaux contrats souscrits portent sur des emprunts non risqués (1A), à l'exception d'un contrat souscrit sur un niveau de risque de type 3E.

UNE DURÉE RÉSIDUELLE MOYENNE DE 16 ANS

En 2018, la durée résiduelle moyenne[8] par contrat est de 16 années, soit:

- CHU 14,6 ans;
- CH 16,9 ans;
- CH>150M 16,8 ans, dont:
  - 70<CH<150M 16,6 ans;
  - 20M<CH<70M 16,0 ans;
  - CH<20M 20,1 ans.
- USLD 20,0 ans.

La durée moyenne résiduelle par contrat baisse de 0,3 année par rapport à 2017. Cette tendance générale est observée sur l'ensemble des catégories d'établissements.

En 2018 la principale tranche de durée retenue lors de la souscription des nouveaux contrats observée est celle de 20-25 ans (34,1%) suivie de la tranche +30 ans (16,6%) ; à noter que cette dernière tranche ne recueillait en 2017 que 5,6% des nouveaux contrats de prêts signés dans l'année.

[8] L'analyse des durées résiduelles moyennes porte sur 94,6% des encours en 2018

UNE DETTE TOUJOURS MOINS COÛTEUSE

Le taux d'intérêt actuariel moyen[9] à fin 2018 est de 2,96%, soit par catégories d'établissements:

- CHU 2,94%
- CH 2,97%
  - CH>150M 2,87%
  - 70M<CH<150M 3,04%
  - 20M<CH<70M 3,11%
  - CH<20M 2,77%
- USLD 2,67%

La Cour des comptes constate un contexte de taux d'intérêt historiquement bas. Le taux apparent de la dette de l'ensemble des administrations publiques, qui rapporte la charge d'intérêts à l'encours de dette, n'a pas cessé de décroître depuis 25 ans: il s'est établi en moyenne à 5,9 % sur la période 1995-1999, puis à 4,4 % entre 2000 et 2009, à 2,9 % entre 2010 et 2014, et à 1,9 % depuis 2015, en forte baisse sous l'effet de l'action de la Banque centrale européenne qui contribue à contenir le coût de la dette via ses taux directeurs et ses programmes d'acquisition d'actifs. Ce constat se vérifie pour les EPS: le taux d'intérêt actuariel moyen des contrats passe sous la barre des 3% en 2018, sauf pour les CH moyens et petits, et la part des emprunts présentant un taux d'intérêt actuariel inférieur à 2% est en progression (34,3% de l'encours en 2018 vs 31,6% en 2017). En 2018, 58% des nouveaux emprunts ont été souscrits à un taux d'intérêt compris entre 1% et 2%, et même inférieur à 1% dans 25% des cas. Aucun nouveau contrat n'enregistre un taux d'intérêt supérieur à 3,72% à la souscription.

[9] L'analyse du taux d'intérêt actuariel moyen s'effectue sur 95,8% de l'encours en 2018.

Dans le cadre du plan d'urgence pour l'hôpital présenté en novembre 2019[10], le Gouvernement a annoncé son intention de reprendre une partie de la dette hospitalière. Un point sur l'état d'avancement de ce dossier est présenté dans les pages qui suivent.

[10] DELNATTE J.C. « Les modalités de reprise de la dette des hôpitaux », Finances hospitalières, n° 151, novembre 2020

INVESTISSEMENT

De la reprise de la dette des hôpitaux au dispositif de soutien

La reprise partielle de la dette hospitalière, telle qu'annoncée dans le cadre du plan d'urgence pour l'hôpital présenté en novembre 2019[1], s'est transformée en « restauration des capacités financières des établissements de santé » selon la circulaire du 11 mars 2021[2], avant de s'inscrire dans un dispositif de soutien à ces établissements, en application du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021[3].

Jean-Claude DELNATTE

LA REPRISE DE LA DETTE N'EST PLUS À L'ORDRE DU JOUR

Il avait d'abord été décidé que le financement de la reprise partielle de la dette des hôpitaux, élargie aux établissements privés assurant le service public hospitalier comme le demandait le Conseil d'Etat, serait assuré par l'assurance maladie, et non par l'Etat comme annoncé initialement, et donnerait lieu à un transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). L'article 1er de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie[4], modifiant Le C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale prévoyait que :

« *La couverture de dotations de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale couvrant une partie, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, des échéances des emprunts contractés par les établissements de santé au 31 décembre 2019 relevant du service public hospitalier est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à compter de 2021* »

Le Gouvernement s'est rapidement ravisé et a proposé au Parlement de revoir la rédaction de cette disposition, dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 ; ainsi, aux termes du VII de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précité est ainsi rédigé :

« *La couverture de dotations de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale couvrant un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les dates et montants de ces transferts sont fixés par décret.* »

Si l'enveloppe de 13 Md€ n'est pas remise en cause, elle n'est donc plus destinée à couvrir « *une partie...des échéances des emprunts contractés par les établissements de santé...* » mais doit désormais permettre de financer *«un soutien exceptionnel...au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé... ».*

Entre temps ont été publiées les conclusions du Ségur de la santé [5] : la mesure n° 9, portant sur un effort de 19 Md€ d'investissements nouveaux dans la santé, prévoit toujours de « *Reprendre 13 milliards d'€ de dette des établissements participant au service publichospitalier pour leur redonner les marges financières nécessaires à l'investissementdu quotidien et améliorer les conditions de travail,»,* 6 Md€ étant, en outre, consacrés au financement des investissements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et en ville.

Toutefois, la circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021, tout en confirmant le montant de 19 Md€, comprenant les 13 Md€ annoncés et 6 Md€ de crédits France

[1] DELNATTE J.C. « Les modalités de reprise de la dette des hôpitaux », *Finances hospitalières, n° 151, novembre 2020*

[2] Mise en ligne sur Légifrance le 11 mars 2021

[3] JO du 1er juillet 2021

[4] JO du 8 août 2020

[5] DELNATTE J.C. « Les aspects financiers du Ségur de la santé », *Finances hospitalières, n° 150, octobre 2020* et Dossier de presse du ministère – juillet 2020

Relance, en donne une ventilation différente et ne fait plus référence expressément à une reprise de dette :

- 6,5 Md€ sur 10 ans pour la restauration des capacités financières des établissements de santé assurant le service public hospitalier ;
- 9 Md€ sur 10 ans destinés à financer de nouveaux investissements dont :
  - 1,5 Md€ dédiés au soutien à l'investissement courant des établissements quel que soit leur statut dont 500 M€ déjà délégués en 2021 ;
  - 6,5 Md€ destinés au soutien à des projets de transformation de l'offre de soins ;
  - 1 Md€ mis en réserve au niveau national.
- 1,5 Md€ sur 5 ans pour les EHPAD, pilotés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA);
- 2 Md€ sur 3 ans pour le numérique en santé, dont 0,6 Md€ pour le secteur médico social dans son ensemble.

La programmation des crédits pour le secteur sanitaire figure à l'annexe 1 de la circulaire reproduit ci-après :

	2021	2022	2023	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Investissement courant	500	500	200	100					**1 500**
Projets prioritaires	200	600	900	1 000	1 000	800	600	400	**6 500**
Restauration des capacités financières	1 300	650	650	650	650	650	650	650	**6 500**
Réserve nationale	200	100	100	100	100	100	100	100	**1 000**
Total	**2 200**	**1 850**	**1 850**	**1 850**	**1 750**	**1 550**	**1 350**	**1 150**	**15 500**

Sur ces 19 Md€, 13 Md€ seront versés par l'assurance maladie sous forme de dotations, selon des modalités décrites ci-après, et 6 Md€ (EHPAD, numérique, investissement dans les établissements de santé) sous forme de subventions du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) qui s'est substitué au FMESPP.

LE CADRE JURIDIQUE D'EMPLOI DE L'ENVELOPPE DU 13 MD€

Il est défini par les dispositions de l'article 50 de la LFSS pour 2021 et du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 pris pour son application.

L'article 50 de la LFSS pour 2021

Il prévoit que :

- « *Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier* »les organismes d'assurance maladie relevant du régime général peuvent verser une dotation annuelle aux établissements de santé assurant ce service, à condition que ceux-ci concluent un contrat avec l'agence régionale de santé (ARS) avant le 31 décembre 2021.
- Le montant de cette dotation est déterminé en prenant notamment en compte les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement.
- La dotation versée est comptabilisée par l'établissement bénéficiaire en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat. La mise à jour de l'instruction M21 au 1er janvier 2021 [6] apporte des précisions sur la façon dont les établissements devront comptabiliser en fonds propres les dotations reçues, qui n'auront donc pas d'impact sur le résultat, la marge brute et la CAF.
- La somme des dotations est fixée par décret et ne peut excéder 13 Md€, cor-

[6] Arrêté du 29 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 16 juin 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M 21 des établissements publics de santé (JO du 311 décembre 2020)

respondant au montant maximal prévu au C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée.

- Les contrats que doivent souscrire les établissements bénéficiaires des mesures de soutien sont signés pour une durée maximale de dix ans et peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute leur durée. Ils précisent :

1) Le mandat confié à l'établissement, notamment en matière de désendettement, d'investissement, d'amélioration de la situation financière et de transformation, et les charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier dont le financement est assuré par la dotation ;

2) Le montant de la dotation et les paramètres retenus pour son calcul ;

3) L'échéancier des versements annuels ;

4) Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que le mécanisme de reprise des financements en cas de surcompensation des charges au sens du droit européen sur les aides d'Etat, les montants repris ne pouvant excéder, pour une année donnée, le montant de la dotation allouée pour cette même année.

- Les stipulations des contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé ;
- Lors du renouvellement des CPOM, les ARS s'assurent qu'ils sont cohérents avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat.

Le décret n° 2021-868 du 30 juin 2021

Ce décret organise, selon son titre, *« un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier ».*

- L'article 1er confirme que le montant total des dotations pouvant être versées aux établissements de santé assurant le service public hospitalier est fixé à 13 Md€.
- L'article 2 fixe les paramètres servant à déterminer, pour chaque établissement bénéficiaire, le montant des dotations concourant à la compensation des obligations de service public hospitalier, soit:

1) Les besoins de financements nécessaires afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, en priorité par le renouvellement des investissements courants indispensables au fonctionnement du service public hospitalier;

2) Les besoins de financements nécessaires pour les opérations d'investissements structurants concourant à la transformation du service public hospitalier, en lien avec les missions et engagements contractuels des établissements notamment en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient;

3) Les besoins de financements structurels permettant, une fois déduit le service de la dette, de restaurer les capacités de financement des investissements nécessaires pour garantir la continuité des soins.

- L'article 3 dispose que le contrat conclu entre l'ARS et l'établissement de santé détermine les objectifs et engagements propres à celui-ci, en cohérence avec le CPOM, relevant notamment des thématiques suivantes:

1) La transformation de l'offre de soins du service public hospitalier sur le territoire;

2) La restauration d'un niveau d'investissement courant minimum au bénéfice du service public hospitalier;

3) L'amélioration de la capacité de financement des investissements nécessaires au service public hospitalier;

4) La garantie de la qualité et de la sécurité des soins. Ces objectifs et engagements sont assortis d'un calendrier de mise en oeuvre par l'établissement.

Le contrat précise également les modalités de détermination du montant de la dotation et de son versement:

1) Les éléments d'analyse individualisés établissant les besoins qui résultent, pour l'établissement, de ses objectifs et engagements;

2) Les critères retenus pour déterminer le calcul de la dotation au regard de ces besoins;

3) Un échéancier prévisionnel de versements sur l'ensemble de la durée du contrat.

Les dotations ainsi déterminées correspondent strictement à la compensation de charges nouvelles qui découlent de ces besoins.

Elles permettent une maîtrise de l'endettement en évitant un recours excessif à la dette. Un engagement systématique de l'établissement sur une trajectoire d'endettement cible est inclus dans le contrat.

Le contrat est conclu pour une durée maximale de dix ans et peut faire l'objet d'une révision par avenant pendant toute la durée du contrat.

Il fixe les modalités d'évaluation et prévoit le suivi des indicateurs financiers et le suivi de l'investissement de l'établissement signataire.

Un modèle de contrat est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

- L'article 4 donne compétence au directeur général de l'ARS pour arrêter le montant des dotations versées annuellement aux établissements.
- Les articles 5 et 6 prévoient que l'ARS publie un résumé de chaque contrat, mis à jour en cas de conclusion d'un avenant, et transmet annuellement au ministre chargé de la santé les informations relatives aux engagements cumulés pris au 31 décembre de l'année précédente.
- L'article 7 fixe le cadre de l'évaluation annuelle de la réalisation des objectifs et engagements prévus dans le contrat.
- Le I de l'article 8 prévoit qu'en cas d'inexécution partielle ou totale par un établissement de ses engagements le directeur général de l'ARS peut, après mise en demeure, soit fixer un nouvel échéancier d'exécution des engagements et de versement des sommes, en modifiant le cas échéant le total de la dotation prévue au contrat, soit solliciter la restitution totale ou partielle des sommes déjà versées.
- Le II de l'article 8 détermine les modalités de récupération des financements en cas de surcompensation, que celle-ci résulte de l'inexécution d'un engagement de l'établissement ou du constat que le coût final de l'opération ou le niveau des charges compensées en lien avec l'engagement est inférieur à son coût prévisionnel.

Il se confirme donc qu'il n'y aura pas à proprement parler de reprise de la dette hospitalière mais plutôt une aide permettant aux établissements de santé assurant le service public de couvrir une partie de la charge en résultant. Dans le dernier état des informations disponibles, il apparaît que cette aide sera accordée en capital et que les établissements bénéficiaires devront prendre des engagements en matière de désendettement, d'investissement, d'amélioration de leur situation financière et de transformation. La rédaction en termes très généraux du décret du 30 juin 2021, qui vise surtout à démontrer que la France ne contrevient pas aux règles européennes sur les aides d'État, ne donne que peu d'indications concrètes sur la façon dont le dispositif de soutien sera mis en œuvre.

DIALOGUE DE GESTION

TMCD : Retours d'expériences et préconisations pour un changement culturel réussi

La méthode TMCD (Taux de Marge sur Coûts Discrétionnaires) se généralise progressivement dans les établissements de santé, mais reste minoritaire dans les pratiques d'analyse stratégique des activités et l'animation du dialogue gestion. Afin de décomposer le compte de résultat d'un établissement par activités cliniques et médico-techniques, cette technique est pourtant reconnue et démontrée comme plus rapide et plus simple par rapport aux méthodologies en coûts complets de type CRéA (Comptes de Résultats Analytiques). Cet article restitue le retour d'expérience de deux centres hospitaliers ayant fait le choix d'animer leur dialogue de gestion en TMCD et offre une réflexion pour mener à bien le changement culturel induit. Les lecteurs pourront alors choisir le chemin qu'ils souhaitent emprunter pour animer leur dialogue de performance financière.

Erwan OLLIVIER
Professeur EHESP
Mélissa LOISEAU
Directrice d'Hôpital
Sebastien WYRWAS
Contrôleur de gestion

LE CHEMIN DE LA DÉPENDANCE

Lors des formations, une question est récurrente : « *si la méthode TMCD est une technique plus performante pour les contrôleurs de gestion et pour les décideurs, pourquoi n'est-elle pas devenue la référence appliquée par tous les établissements de santé* ? ». Plus frontalement, l'échange devient « *c'est intéressant cette méthode, mais si cela marchait réellement, le succès serait incontesté et incontestable !* », « *encore une nouvelle mode qui passera aussi vite qu'elle est arrivée* », ... Des interrogations légitimes où la réponse est peut-être aussi malheureusement, en partie, dans les classiques : « *on a toujours fait comme cela* », « *la majorité procède ainsi* », « *c'est écrit dans les guides nationaux* » ... peut être tout simplement l'habitude, le chemin rassurant de la dépendance ...

En général, face au changement les utilisateurs adopteront 4 mécanismes d'auto-renforcement :

- Limiter le coût d'investissement : ne pas avoir à « dépenser du temps dans la nouveauté » et donc privilégier le gain immédiat plutôt qu'à moyen terme, une innovation dont l'initiateur n'en tirera peut-être même pas personnellement les bénéfices.
- L'effet apprentissage : les utilisateurs vont vouloir adapter leur propre outil. Préférence pour introduire légèrement la nouveauté plutôt qu'en changer intégralement. C'est d'ailleurs le cas où les CRéA sont parfois aménagés en affichant un sous total de marge mais en poursuivant par la suite les calculs d'imputations des charges indirectes.
- Rester compatible avec les autres : Même si aucun CRéA n'est comparable à son voisin (structuration, clés de répartitions, affectations analytiques, SI ...), la démarche est collective et permet d'un établissement à l'autre de parler un langage qui semble commun. Une même langue mais avec des mots aux significations différentes toutefois, puisque les méthodes d'affectations ne sont pas similaires.
- La peur d'être le 1er ou de se tromper : investir dans un nouvel outil est un choix plus ou moins risqué. Dans le cas du TMCD, c'est la crainte de se tromper qui ressort. En sortant du rang, on peut s'exposer aux étonnements, voir aux rappels à la coutume :« *la chambre recommande la confection de véritables CREA* »[1]. Se remettre dans « la norme ». Pourquoi demander à quelqu'un de revenir sur un chemin plus long et qui mène exactement à la même destination ?

Ces quelques réflexions sur le changement nous mènent maintenant à recueillir le retour d'expérience de deux établissements ayant fait le choix du TMCD : pourquoi avoir changé et surtout pour quel résultat ?

[1] *Rapports d'observations définitives CH de Gueret, Chambre Régionales des comptes de Nouvelle Aquitaine, Juillet 2018, P18*

RETOURS D'EXPÉRIENCES

La Mise en place des TMCD au CHR Metz-Thionville

L'implantation des TMCD dans l'établissement s'est faite en routine à compter des données de l'exercice 2016. La production des CREA a perduré jusqu'en 2018 et, depuis l'exercice 2019, seuls les TMCD sont produits. Comme pour tout changement méthodologique, il a fallu accompagner cette mise en place tant au niveau des producteurs (service du contrôle gestion), des décideurs (DAF) que des utilisateurs (les services cliniques et médico-techniques). En effet, les CREA étaient un outil plutôt institutionnalisé et intégré au sein de l'établissement. Mais il nous apparaissait nécessaire de revoir notre analyse et notre production des données de comptabilité analytique tant les CREA étaient longs à produire pour un effet des plus nuancé en termes de dialogue de gestion.

L'initiation à l'outil TMCD ne s'est pas faite du jour au lendemain. Les habitudes de travail (et de lecture) ainsi que l'implantation forte de la logique de coût complet constituaient des contrepoids forts à sa mise en œuvre. Néanmoins, des arguments se sont dessinés assez rapidement et ont permis de relever ce défi :

- **Le temps de production**. Comme dans beaucoup d'établissements, les CREA de l'année N étaient diffusés à l'automne de l'année N+1. Désormais, les TMCDs sont fournis avant l'été ce qui a amené un regain de crédibilité vis-à-vis des pôles tout comme cela a amélioré la valorisation du travail de l'équipe du contrôle de gestion. La réduction de ce délai permet plus de réactivité dans les éventuels ajustements à réaliser en termes de performance.
- **Une continuité avec les résultats CREA.** La production en parallèle des deux méthodologies durant 3 exercices a permis de prouver dans les faits la robustesse des résultats TMCDs. Les résultats obtenus de l'analyse des TMCDs des pôles et services correspondent aux tendances observées dans les CREA. C'est un élément important qui permet d'assurer la continuité dans le temps des analyses de performance et de rassurer les pôles. De plus, le résultat affiché dans l'outil TMCD est une valeur positive dans la plupart des cas ce qui, en termes de management et de dialogue de gestion est important.
- **Un recentrage des discussions avec le pôle sur les charges et produits dépendant de son activité.** Nous avons tous connus ces discussions lunaires où nous parlons de coût de restauration avec un chef de pôle cancérologie ou de blanchisserie avec un chirurgien. Les temps de dialogue de gestion sont désormais optimisés et recentrés sur les charges et produits qui dépendent réellement de l'activité médicale du pôle.
- **L'intégration des pôles médico-techniques dans la logique de performance médico-économique.** On ne peut pas dire que l'outil CREA pousse les pôles médico-techniques à réaliser ce type d'analyse. L'intégration du laboratoire, du bloc et de l'imagerie dans cette logique a permis deux avancées : sortir ces pôles de la logique de simple pôle « prestataire » (ce qui les valorise) et mieux répartir l'effort de performance vis-à-vis des pôles cliniques (ce qui paraît donc plus juste pour ces derniers).
- **Le coût des charges support.** Le calcul du TMCD « cible », c'est-à-dire le taux à atteindre pour chaque pôle dans le but de financer les fonctions support, nous amène à analyser le coût de ces fonctions. En termes de dialogue de gestion avec les pôles, cela montre un engagement à analyser l'ensemble des coûts de l'établissement sans sanctuariser les secteurs support. Ainsi, nous apportons chaque année aux pôles des éléments explicatifs sur l'évolution du TMCD cible en analysant ces coûts que nous appelons le « nuage ».

Cependant, il est à souligner que le TMCD est un outil qui, pris isolément, n'est pas complet. C'est un outil interne que nous utilisons quasi-exclusivement pour le dialogue de gestion avec les pôles. L'abandon de la méthodologie CREA ne s'est faite qu'en donnant une importance accrue au ReTraitement Comptable (RTC). Cet outil ayant l'avantage de disposer d'une harmonisation des règles et d'une cohérence par rapport

au compte financier de l'établissement, ce qui promeut le benchmarking. Il permet également d'avoir les informations nécessaires sur les charges indirectes et les coûts d'unité d'œuvre. Certaines de ces informations sont d'ailleurs également utilisées dans le dialogue de gestion.

En résumé, la mise en place des TMCD s'est faite dans un cadre s'inspirant des idées du Lean management. Ce principe de management est en effet basé, entre autres, sur une réduction du gaspillage des moyens (y compris du temps humain) au profit d'une amélioration de la qualité de production. Le TMCD est un outil en complétant un autre, sans se chevaucher, ce qui était pour nous le cas entre le RTC et les CREA.

La Mise en place des TMCD au Centre hospitalier d'Auxerre

L'implantation repose avant tout sur des considérations pragmatiques : il convenait de trouver rapidement une méthode de comptabilité analytique simple et efficace.

Le Centre hospitalier d'Auxerre a connu ces cinq dernières années beaucoup de turnover au sein du service des finances. Ces mouvements ont retardé et complexifié la production des CREA. Ainsi la dernière comptabilité analytique connue et diffusée, faisant « référence », était celle de 2016. Se lancer dans la production de CREA semblait un chantier difficile pour une équipe de contrôleur de gestion instable, avec peu d'expérience hospitalière, peu familière de la méthode des CREA et accaparée par de nombreux autres sujets.

Néanmoins pour un établissement devant se lancer dans un plan de retour à l'équilibre budgétaire et financier, travailler sur des données de 2016 pour apprécier pleinement ses marges d'efficience n'était plus tenable. Il fallait donc trouver rapidement une méthode simple pour de jeunes contrôleurs de gestion, pouvant être produite dans un délai raisonnable et permettant aux décideurs d'avoir un éclairage pertinent.

Ayant découvert la méthode TMCD à l'EHESP, nous avons décidé avec l'équipe du contrôle de gestion début 2020 de nous lancer dans cette approche et de produire une comptabilité analytique avec la méthode du TMCD dans la foulée du RTC 2019.

Nous tirons plusieurs constats et enseignements de notre mise en œuvre du TMCD :

- Non le TMCD n'est pas un concept inabordable dans le dialogue de gestion avec les pôles, même si ceux - ci sont habitués aux CREA.
- Le TMCD, en se concentrant sur les charges discrétionnaires, permet de recentrer le débat sur les sujets pour lesquels les pôles sont réellement acteurs.
- Le TMCD permet de relativiser la portée du chiffre en euros, en gras, en bas du tableau.
- Le résultat et son interprétation ne diffèrent pas foncièrement d'un CREA.

Sur le premier point, force est d'admettre que de présenter la méthode du TMCD à des médecins et cadres peut apparaître un peu « abrupte » au prime abord. Parler de marge, de taux de marge, de taux de marge sur coût direct dans le dialogue avec les pôles n'est pas une démarche très naturelle (même si l'approche par le taux de marge se démocratise dans certaines instances ...). Néanmoins, même si ces concepts peuvent sembler compliqués et moins familiers que la présentation classique et plus « familière » d'un budget, les participants comprennent assez rapidement et facilement que le TMCD (évalué à 20% au CHA) est la cible à atteindre. Même si des échanges peuvent avoir lieu sur ce que contient « ce 20% » et parfois un questionnement sur l'éventuel surdimensionnement du 20%, le point est assez rapidement traité pour rentrer dans le vif du sujet. Le TMCD permet donc de focaliser les discussions sur les leviers du pôle.

Par ailleurs, l'approche par le TMCD permet de mettre en perspective les résultats en euros auparavant issus des CREA. En effet, il est très différent de dégager un résultat net de 100 k€ pour un chiffre d'affaires de 300 k€ ou pour un chiffre d'affaires d'un million. Le TMCD a l'avantage de remettre le résultat en perspective là où le CREA focalisait sur un résultat en euros.

D'autre part ; il semblerait que les acteurs aient pleinement adhéré au discours « d'humilité » qui sous-tend la démarche du TMCD. En effet la production de CREA n'est pas une science exacte, il y a des hypothèses à retenir sur l'affectation des charges et des recettes non discrétionnaires pouvant faire varier le résultat. Le TMCD en jouant la carte de la sincérité sur ces sujets et en sortant du discours de l'absolue vérité du résultat en euros attire quelque part la sympathie et il a un côté moins stigmatisant que les CREA.

Enfin, nous avons pu constater que l'interprétation des résultats avec la méthode TMCD 2019 n'était pas foncièrement différente de celle des résultats des CREA 2016. Les analyses se recoupent donc entre les deux méthodes.

En conclusion, l'approche par le TMCD a permis de répondre à une attente forte : produire dans un délai raisonnable une comptabilité analytique pertinente et exploitable avec une équipe peu rodée à la comptabilité analytique. Le contexte du CHA, sans CREA depuis plusieurs années a constitué une réelle opportunité pour introduire une nouvelle méthode.

Néanmoins, au-delà de cette réelle fenêtre de tir saisie facilitant l'adhésion, il convient de souligner qu'une réelle appropriation de la méthode en elle-même a émergé avec une bonne compréhension des acteurs reflétée par la très grande pertinence de leurs questionnements sur les vrais sujets de fond de la comptabilité analytique. Si nous avons fait le choix pour cette première étape de concentrer les approches sur les services cliniques, ces derniers nous ont fait remarquer la nécessité d'étendre la méthode aux services médico-techniques en introduisant les coûts de prestations internes entre services cliniques et médico-techniques. Le TMCD a donc de beaux jours devant lui au CHA.

RÉFLEXIONS POUR RÉUSSIR D'IMPLANTATION.

Juger de l'utilité

L'adoption d'un nouvel outil se déclenche dès lors que l'utilisateur y trouve un intérêt direct pour sa structure mais également personnel. Voir l'utilité, c'est identifier que sa solution en place n'est pas satisfaisante, voir les défauts et accepter qu'il est possible de procéder différemment.

Les établissements ayant fait le choix de changer de méthode le font car ils y voient une utilité directe : aller plus vite, simplifier sa présentation, éviter les débats de chiffres, mobiliser sur un objectif cible, éviter la stigmatisation du résultat négatif ou son appropriation s'il est excédentaire, produire un suivi de la marge mensuelle en lien avec ses tableaux de bord, baser un intéressement sur les leviers du pôle et non, en intégrant des coûts subis ou hérités ... L'utilité, c'est dégager du temps de contrôleur de gestion pour faire autre chose qu'extraire des bases, les fiabiliser, réaliser des calculs « d'apothicaires », pour faire son métier d'analyste des chiffres et de communicant opérationnel pour suivre la stratégie fixée.

Changer n'est pas dire l'inverse (ni se renier)

L'implantation du coût complet dans les outils du contrôle de gestion des établissements de santé n'a pas à être jugée bonne ou mauvaise. Elle correspond à une pratique, une vision pour calculer les coûts, une méthodologie de calcul, une histoire. Elle a été nécessaire pour concevoir les tarifs des GHS et les suppléments via l'ENCC. Les CRéAs ont initié le dialogue de gestion, affiché une transparence de résultat, présenté une vision globale du pôles en incluant les activités supports. Pouvait-on faire plus simple et surtout plus rapide ? La réponse est positive. La question du délai production est vraiment essentielle. Dans un contexte ou la présentation de l'EPRD en instance s'est resserré (logiquement) à une préparation dès octobre N (pour N+1), on constate bien que le temps est l'élément central.

Changer de méthodologie ne revient pas à corriger des erreurs, expliquer que l'on a mal fait, c'est faire le choix d'aller plus vite car la difficulté à agir et l'inertie implique de savoir et de communiquer rapidement pour mobiliser. Il ne s'agit pas de dire l'inverse,

mais de reconnaître humblement les limites des clés de répartition et avouer que l'on ne sait pas réellement (et justement) : répartir le salaire du DRH, l'amortissement des immeubles, les factures d'énergies ...reconnaître ses limites sans se cacher derrière une technique artificielle. Pour s'assurer des résultats similaires, il est très facile de reconvertir ses marges discrétionnaires en coûts complet pour s'apercevoir que la conclusion est identique. Une façon pour basculer rapidement est donc d'afficher les deux versions et de choisir en toute transparence.

Faire différemment de la majorité.

La majorité des établissements réalisent des CRéA, c'est donc ainsi qu'il faut procéder. La pratique de la majorité n'est pas nécessairement la norme, c'est seulement un héritage. S'il est constaté que la majorité des établissements de santé procèdent ainsi[2], on peut s'interroger sur ce choix collectif. La littérature en contrôle de gestion est pourtant abondante sur les méthodes de calculs de couts : coût complet, direct-costing, coûts spécifiques, méthode ABC, UVA ...ces techniques sont pourtant toutes applicables au secteur de la santé. Pourquoi une seule méthodologie retenue ? Est-ce par véritable choix ou est-ce l'histoire de la formation à la comptabilité analytique basée sur l'intégration totale des charges et des produits, les guides nationaux rédigés en ce sens, ou par une méconnaissance d'autres techniques ? C'est sûrement aussi dans un contrôle de gestion recruté initialement comme comptable analytique que la pratique fût développée ainsi.

[2] Dagneau, Fieller, Flachère, « Enquête sur les comptes de résultat des pôles en 2020 : un outil stratégique pour le management hospitalier ? » ; Finances Hospitalières N°152, Dec 2020

Harmoniser le discours : la marge brute des financiers et celle discrétionnaire des contrôleurs de gestion

Tous les financiers et les analystes s'accordent à dire que l'indicateur de performance financière d'une entreprise n'est pas son résultat net mais l'EBITDA (équivalent de l'EBE ou marge brute pour les hospitaliers) qui permet d'assurer le présent et l'investissement futur. Il est possible d'avoir un résultat net qui s'améliore mais avec un EBITDA en baisse et dans ce cas, la/le DAF saura l'expliquer comme un signe négatif. Les éléments hors cœur de métier (l'exploitation) sont neutralisés afin de concentrer l'analyse et le discours sur les éléments directement pilotables par l'activité réelle. Si le résultat net parait plus simple (car plus connu) pour les néophytes de la gestion, les experts savent présenter cet indicateur moins « basique ».

C'est donc la marge brute qui est bien la référence de diagnostic et non le résultat net comptable. De ce fait, pourquoi parler de résultat net aux pôles et non de leur marge, le chiffre dont ils sont pleinement acteur dans les produits et les charges ? D'une part, pourquoi dans les instances, la marge brute et la CAF sont affichées comme des références financières du résultat et d'autre part, dans le dialogue de gestion, serait-il insurmontable de parler de marge et plus simple de parler du résultat net ?

Cibler la discussion sur la marge contributive des pôles, c'est aussi rester en cohérence avec le discours des instances mais dans un périmètre différent. Si la marge brute permet de « vivre » globalement aujourd'hui et demain (être rentable et financé), le taux de marge discrétionnaire des pôles est sa déclinaison interne dans un niveau opérationnel. Le « fameux » 8% de marge brute global sert à assurer l'équilibre financier actuel et futur. Au niveau des activités cliniques, il faut 20% de marge contributive pour assurer ce 8% mais aussi pour couvrir les coûts logistiques, de l'administration et de la structure (frais financiers et exceptionnels). Finalement, 2 chiffres à présenter : 8% pour les financiers, 20% pour les contrôleurs de gestion. On voit bien dans ces 2 chiffres la déclinaison possible de l'EPRD par pôles, dans un modèle intégral permettant également les simulations de marges. Les deux comptabilités générales et analytiques s'articulent pleinement autour des marges (la brute et la discrétionnaire). Ce modèle liant les finances et le contrôle de gestion se décline alors mensuellement dans les tableaux de bord niveau établissement et par pôles. On aboutit alors à un réel pilotage du résultat sur des outils communs comptables et de contrôle de gestion.

CONCLUSION

Le métier de contrôleur de gestion se définit souvent par 50% de technique et 50% de communication. La méthode TMCD facilite ces deux facettes. Les outils sans leur compréhension, leur acceptation et leur incitation à agir ne servent finalement à rien. L'articulation entre les documents comptables et leur déclinaison analytique par les contrôleurs de gestion n'est pas innée car les techniques sont nombreuses. C'est la mise en harmonie qui génère la réussite : se compléter, sans s'opposer. Ce thème de l'articulation des outils est capital, l'homogénéité des productions fait la cohérence du discours. La méthode TMCD est un lien concret entre le diagnostic financier (la marge brute) et sa déclinaison opérationnelle (la marge discrétionnaire) suivie dans des tableaux de bord partagés.

Changer de technique pour nourrir le dialogue de gestion est possible et représente un succès pour l'efficience de la gestion hospitalière. « *Time is money* », chacune des heures consacrées par le contrôle de gestion à travailler en dehors de son cœur de métier (la fiabilisation et la construction d'outils utilisés, l'analyse et la communication) est un temps de gaspillé. Le changement par la simplification doit rendre tout le monde gagnant et surtout améliorer la performance financière des établissements de santé. Notre but commun sera toujours de contribuer à la pérennité du modèle de santé français.

AUTORISATIONS

Ordonnance du 12 mai 2021 : la réforme des autorisations sanitaires suit son cours

Le 13 mai 2021 aura été un jour faste pour la publication au Journal officiel d'ordonnances prises sur le fondement des dispositions de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) habilitant le gouvernement pour ce faire. Ont été effectivement publiées ce jour-là pas moins de quatre ordonnances en date du 12 mai 2021 : l'ordonnance n° 2021-584 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, l'ordonnance n° 2021-582 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, l'ordonnance n° 2021-581 relative à l'identification électronique des utilisateurs de services numériques en santé et des bénéficiaires de l'assurance maladie et, enfin, l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

Benoît APOLLIS

Maître de conférences en droit public à l'Université Paris II – Panthéon-Assas, Consultant

Cette dernière, prise sur le fondement de l'article 36 de la loi OTSS était particulièrement attendue (V. M. Cormier, *Acte II de la réforme des autorisations sanitaires*, *RGDM* 2021, n° 79, p. 33 et s.). Elle matérialise une nouvelle étape de la réforme des autorisations sanitaires, qui n'en finit plus de s'étendre dans le temps depuis 2016 (V. B. Apollis, *La réforme au long cours des autorisations sanitaires*, *RGDM* 2019, n° 72, p. 87 et s.). Ce mouvement réformateur n'est d'ailleurs pas achevé, puisque l'ordonnance confirme en quelque sorte (*cf*. *infra*) la publication prochaine de multiples décrets créant ou modifiant les conditions d'implantation (*CSP*, art. R. 6123-1 et s.) et les conditions techniques de fonctionnement (*CSP*, art. D. 6124-1 et s.) des activités de soins soumises à autorisations (*cf. CSP*, art. R. 6122-25).

C'est sous ce prisme que le texte sera envisagé. Celui-ci contient cependant d'autres dispositions non négligeables, comme le réagencement partiel de l'activité de psychiatrie (art. 1er), la possibilité de limiter désormais les autorisations à certaines « *pratiques thérapeutiques spécifiques* » (art. 2, 4°), ou encore, tirant les conséquences de l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 (V. cette chronique, *Finances hospitalières* n° 155, mars 2021), la rupture définitive du lien autrefois tissé entre les autorisations sanitaires et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (art. 2, 3°, 5° et 8°). Il reste que l'objet principal de l'ordonnance de 2021 paraît plutôt centré sur l'aménagement de la procédure de renouvellement des autorisations sanitaires et l'anticipation du flux de décrets à venir.

L'AMÉNAGEMENT DE LA PROCÉDURE DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS SANITAIRES

D'après les dispositions de l'article L. 6122-10 du Code de la santé publique, la procédure de renouvellement des autorisations sanitaires débute, au plus tard quatorze mois avant l'échéance de l'autorisation (dont la durée est fixée à sept ans depuis 2018), par la transmission à l'agence régionale de santé (ARS) compétente d'un dossier d'évaluation de l'activité réalisée (*cf. CSP*, art. R. 6122-32-2) depuis le dernier renouvellement ou, dans le cas des nouvelles autorisations, depuis la déclaration de début d'activité (*cf. CSP*, art. L. 6122-4). Après quoi, « *au vu de ce document* [d'évaluation] *et de la compatibilité de l'autorisation avec le schéma régional ou interrégional de santé* », le directeur général de l'ARS a la faculté d'enjoindre le titulaire de l'autorisation de déposer un dossier de renouvellement en bonne et due forme lors de la prochaine fenêtre de dépôt des demandes. Mais si cette injonction n'intervient pas un an avant l'échéance de

l'autorisation (ce qui est de loin le cas le plus fréquent), son titulaire voit celle-ci tacitement renouvelée pour sept années supplémentaires. Or, l'ordonnance du 12 mai 2021 remet en cause ce dispositif à deux niveaux.

En premier lieu, elle fait disparaître l'obligation de transmission du document d'évaluation de l'autorisation quatorze mois avant son échéance. Il faut bien reconnaître que ces dossiers, à l'inverse de ceux produits dans le cadre de la procédure de certification, sont généralement de valeur inégale et correspondent rarement à une évaluation médico-technique poussée de l'activité de soins concernée. L'ordonnance simplifie donc la procédure en prévoyant que le titulaire de l'autorisation adresse seulement dorénavant une « *demande de renouvellement de son autorisation* ». Toutefois, le pouvoir d'injonction dont dispose le directeur général de l'ARS ne disparaît pas. Celui-ci peut donc encore enjoindre « *de déposer un dossier de renouvellement dans les conditions fixées à l'article L. 6122-9, ainsi que les résultats de l'évaluation mentionnée à l'article L. 6122-5* ». Partant, l'exigence d'une évaluation de l'activité de soins mise en œuvre demeure, mais sa transmission n'est plus systématique.

En second lieu, l'ordonnance crée un motif supplémentaire sur lequel peut s'appuyer le directeur général de l'ARS pour enjoindre le titulaire de l'autorisation : « *en cas de refus (...) de la concertation mentionnée à l'article L. 6122-5* ». Cette concertation constitue une autre nouveauté de l'ordonnance, qui ajoute un nouvel alinéa d'importance à l'article L. 6122-5 du Code de la santé publique : « *Lorsque des indicateurs de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins, définis par arrêté du ministre de la santé sur proposition de la Haute Autorité de santé, font apparaître un niveau d'alerte à analyser, le maintien ou le renouvellement de l'autorisation peut être subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'agence régionale de santé compétente, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices. (...)* ». Sans qu'il soit encore possible de discerner avec précision le contenu et le rôle exact que joueront ces indicateurs en pratique, l'on peut au moins avancer que le terme « concertation » ne doit pas leurrer. Celle-ci sera obligatoire pour le titulaire de l'autorisation, non seulement en ce que son refus pourra justifier une injonction du directeur général de l'ARS au moment de la procédure de renouvellement, mais encore en ce qu'elle pourra également motiver une procédure plus immédiate encore de retrait de l'autorisation (*CSP*, art. L. 6122-13 également modifié par l'ordonnance).

Enfin, doit être mentionné que le III de l'article 3 de l'ordonnance prévoit que ses dispositions en matière de renouvellement des autorisations « *entrent en vigueur après la publication du décret prévu par l'article L. 6122-20 du même code, et au plus tard le 1*er janvier 2022 ». La précision importe en ce qu'elle annonce une nouvelle révision, d'ici la fin de l'année 2021, des dispositions réglementaires relatives aux autorisations sanitaires (*CSP*, art. R. 6122-23 et s.). Après celle déjà opérée par le décret n° 2018-117 du 19 février 2018, le nombre de textes législatifs et réglementaires relatifs aux autorisations sanitaires publiés pendant ce quinquennat sera donc sans équivalent. D'autant que d'autres catégories de décrets voient également leur publication anticipée par l'ordonnance.

L'ANTICIPATION DE LA RÉVISION DES CONDITIONS D'IMPLANTATION ET DES CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

Le IV de l'article 3 de l'ordonnance du 12 mai 2021 dispose : « *La durée de validité des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds délivrées en application des dispositions du code de la santé publique, autres que celles mentionnées aux I, II et III, modifiées par la présente ordonnance, dans leur rédaction antérieure à la publication de cette ordonnance, est fixée, et le cas échéant prolongée, jusqu'à l'intervention d'une décision sur une nouvelle demande d'autorisation déposée à compter de l'entrée en vigueur des décrets pris en application des articles L. 6123-1 et L. 6124-1 du même code, et au plus tard le 1*er juin 2023. En l'absence de demande présentée avant la date d'expiration de la période mentionnée au quatrième alinéa de l'article

L. 6122-9 du même code, l'autorisation délivrée sur le fondement des dispositions antérieures à la présente ordonnance prend fin le jour suivant cette date ». En raison de sa formulation très alambiquée, cette disposition mérite quelques explications.

Ainsi qu'il a été dit, l'ordonnance anticipe ici la publication des décrets en préparation depuis plusieurs années et portant sur les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins soumises à autorisation – et également, en principe, aux équipements matériels lourds. Certaines de ces activités seront créées à cette occasion. Il en ira ainsi de l'hospitalisation à domicile (HAD), que l'ordonnance retire déjà des formes de prise en charge des patients mentionnées à l'article L. 6122-1 du Code de la santé publique (art. 2, 1° de l'ordonnance). Ces adaptations préparent l'insertion prochaine de l'HAD dans la liste réglementaire des activités de soins (*CSP*, art. R. 6122-25). Mais pour la plupart de ces activités, leur régime juridique, s'agissant des conditions d'implantation et de fonctionnement, sera seulement modifié par les décrets en voie de publication. Reste évidemment à déterminer l'ampleur de cette modification pour chacune d'elles.

En tout état de cause, à compter de la publication de ces décrets, s'ouvrira une période de mise en œuvre des nouvelles dispositions légales (ordonnance) et réglementaires (décrets et prochains schémas régionaux de santé), laquelle nécessitera vraisemblablement un gros travail, dans chaque établissement, d'élaboration de dossiers de demandes des nouvelles autorisations. Car il ne s'agira pas à ce moment-là, pour aucun établissement, de demander le renouvellement des autorisations dont il est aujourd'hui titulaire ; dans la simple mesure où celles-ci ont été délivrées sur le fondement de conditions d'implantation et de fonctionnement devenues alors obsolètes. Il conviendra donc de déposer des dossiers de demande initiale, dont on sait qu'ils s'avèrent bien plus lourds à constituer (*cf. CSP*, art. R. 6122-25).

En vertu du IV de l'article 3 précité, et pour faciliter ce travail dans les établissements comme dans les ARS – qui seront appelées, bien entendu, à instruire tous ces dossiers de demande et, avant cela, de tenir compte dans leurs schémas régionaux de santé 2023-2027 des dispositions des nouveaux décrets – l'ordonnance fixe un terme à toutes les autorisations actuelles (autres que celles qui font l'objet de mesures transitoires différentes comme l'HAD, mais dont la date butoir est en fait la même ; *cf*. I, II et III de l'article 3 de l'ordonnance) : la date d'octroi ou de refus de la nouvelle autorisation par le directeur général de l'ARS.

Dit autrement, par l'effet de l'ordonnance du 12 mai 2021, toutes les autorisations sanitaires (activités de soins + équipements matériels lourds) ont désormais non pas exactement la même durée, mais le même terme : elles produisent toutes leurs effets jusqu'à la date à laquelle sera prise la décision d'octroi ou de refus des nouvelles autorisations, qui auront elles-mêmes été demandées préalablement aux ARS en vertu de la procédure habituelle (*cf. CSP*, art. L. 6122-9 et R. 6122-27 et s.) et sur le fondement des nouveaux décrets et des nouveaux schémas régionaux à venir. Pour les autorisations existantes et qui ne feront pas l'objet d'une nouvelle demande dans ce délai, leur terme est fixé à la date de fermeture de la fenêtre de dépôt des demandes.

Dans ce schéma prévisionnel, la question se pose de savoir à quel élément de la disposition précitée s'applique la date du 1er juin 2023. Une lecture cursive – et a priori logique – du IV de l'article 3 de l'ordonnance tendrait à appliquer cette date à l'octroi des nouvelles autorisations par les directeurs généraux. Mais cela supposerait alors l'ouverture des fenêtres de dépôt demandes le 1er novembre 2022 au plus tard, la publication de l'ensemble des nouveaux schémas régionaux de santé encore en amont de cette date et, partant, une publication des nouveaux décrets sur les conditions d'implantation et de fonctionnement dans le second semestre 2021. Ce calendrier, assez serré au vu du nombre d'autorisations potentiellement concernées, n'est pas celui, semble-t-il, que le gouvernement a souhaité inscrire dans cette disposition. Bien sûr, il ne tenait qu'à lui d'en améliorer la rédaction. Il reste que les échos (encore non officiels au moment où ces lignes sont rédigées) sur l'interprétation qu'il conviendrait d'avoir de

cette disposition concordent pour envisager la date du 1er juin 2023 comme la date butoir de publication de l'ensemble des décrets. Elle s'imposerait donc en premier lieu au gouvernement. Après quoi, les directeurs généraux d'ARS et les établissements bénéficieraient de périodes transitoires pour mettre en œuvre les nouvelles conditions réglementaires sur le terrain.

Sauf interprétation officielle contraire donc, le calendrier procédural à venir pour le système hospitalier français paraît donc être le suivant : publication, au plus tard le 1er juin 2023, des nouveaux décrets sur ses conditions d'implantation et ses conditions techniques de fonctionnement ; élaboration et publication des nouveaux schémas régionaux par chaque ARS en conséquence de la publication des nouveaux décrets ; constitution dans les établissements de santé de tous les dossiers de demande nécessaires pour chaque autorisation concernée par ces nouveaux textes ; ouverture des fenêtres de dépôt des demandes conformément aux décisions prises en ce sens par chaque directeur général d'ARS ; dépôt des dossiers de demande dans la fenêtre par chaque promoteur ; décision d'octroi ou de refus prise par le directeur général de l'ARS à l'endroit de chaque promoteur ; déclaration de mise en œuvre de la nouvelle activité par le titulaire de l'autorisation déclenchant l'écoulement de sa durée de sept ans (*cf. CSP*, art. L. 6122-10 et D. 6122-38).

Il va sans dire qu'une telle séquence aura un impact réel sur les organisations professionnelles, aussi bien en termes de consommation de ressources humaines dédiées à ces projets que sur le plan stratégique. En effet, tout porte à croire que le régime d'un grand nombre d'activités de soins sera révisé, ce qui signifie qu'un nombre bien supérieur encore d'autorisations, probablement plusieurs milliers, va se voir reverser à peu près au même moment dans la procédure d'attribution initiale des autorisations sanitaires – dont on sait combien elle peut être concurrentielle, parfois.

A paraître dans le prochain numéro, le commentaire des derniers textes sur l'investissement parus à la suite de la publication du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 :

- Au bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/14 du 16 août 2021, l'instruction N° DGOS/PF1/DSS/1A/2021/165 du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier ;
- Au journal officiel du 12 août 2021, l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif aux enveloppes régionales et au contrat entre les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier.

En outre a été publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/13 du 30 juillet 2021 la note d'information N° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021.

VEILLE DOCUMENTAIRE

Le droit syndical dans la fonction publique hospitalière

Jacques Laffore – Infodium – septembre 2021

Depuis 1983, les règles d'emploi des agents publics ont connu une succession de réformes dont la dernière en date affiche carrément l'ambition de transformer la Fonction publique.

La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 a certes modifié les cadres et les outils du dialogue social dans les établissements relevant de la FPH ; cependant, la volonté de réformer le dialogue social n'a eu aucune incidence sur les acteurs de ce dialogue au sein des établissements : les représentants syndicaux et les organisations syndicales demeurent bien les interlocuteurs principaux de la direction.

Dans ce contexte, la connaissance et la maîtrise par les partenaires sociaux des prérogatives dont disposent ceux à qui la loi confie le soin de représenter et de défendre les intérêts des personnels sont des conditions préalables à la réussite d'une réforme aux forts enjeux (mise en place du CSE en lieu et place du CTE et du CHSCT, modification des attributions des CAP, révision de la portée juridique des accords collectifs).

Cet ouvrage propose une vision claire, précise et actualisée du régime du droit syndical applicable dans la Fonction publique hospitalière. Véritable outil de travail, il s'appuie sur l'ensemble des textes en vigueur et sur l'étude d'une abondante jurisprudence afin de répondre aux interrogations de tous ceux qui s'intéressent à cette thématique.

Le référentiel juridique des directeurs financiers des EPS

Tous les textes budgétaires, financiers et comptables classés et commentés

Olivier BOSSARD, Jean-Claude DELNATTE

Troisième édition

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 « ***Droit budgétaire et financier des établissements publics de santé, 3ème édition*** » Tome 1 - Cadre général et ressources (ISBN : 978-2-9559203-4-3) TVA : 5,5 % Tome 2 - EPRD et Comptabilité (ISBN : 978-2-9559203-5-0) TVA : 5,5 % }	123,23	**130,00**
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 : .....

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

INFODIUM ÉDITIONS

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

Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise : concilier soutien à l'activité et soutenabilité.

Cour des comptes, juin 2021. 208 p. Synthèse. 21 p.

Le Premier ministre a confié à la Cour une mission sur la stratégie de finances publiques d'après crise. Le poids de la dette est un enjeu de souveraineté qui obère la capacité de l'Etat à promouvoir des politiques ambitieuses et à financer les administrations publiques.

Pour favoriser la soutenabilité de la dette, la Cour préconise classiquement le renforcement de la croissance et la maitrise des dépenses, générant un effet de ciseau vertueux.

La croissance s'est contractée de 7,9 % en 2020 et pourrait se réduire de 5% en 2021. Les rentrées fiscales seront donc moindres qu'escompté, et le poids de la solidarité face aux risques s'est renforcé. « *Le déficit public a atteint 9,2 points de PIB en 2020 et pourrait s'élever à 9,4 points en 2021. La dette publique s'établirait quant à elle à un niveau proche de 117 points de PIB en 2020 et 2021*. » La BCE a facilité le financement des Etats en maintenant des taux d'intérêt faibles, mais le risque est d'éroder la confiance des agents économiques et de peser sur les politiques de soutien à l'économie.

Or il est indispensable de soutenir la croissance par une politique d'investissement ciblée (innovation, recherche, transition écologique, transformation numérique). La réduction du déficit est nécessaire pour inscrire les finances publiques dans une trajectoire vertueuse, qui pourrait démarrer dès 2023 et amener un premier résultat sensible en 2027.

Cette politique de rigueur doit être relayée au niveau européen en rénovant les règles du pacte de stabilité permettant aux pays de mieux s'adapter à la qualité de la dépense, privilégiant les dépenses d'investissement, et s'appuyant sur les institutions budgétaires indépendantes de chaque pays pour évaluer les scenarios et mesures prises par chaque Etat en analysant l'impact budgétaire des mesures pluriannuelles.

Enfin, la Cour revendique une vitalisation de l'action administrative, un développement du recours aux contrats d'objectifs et de moyens, un renforcement de l'évaluation des politiques publiques.

Ce rapport, passablement incantatoire, présente comme un air de déjà vu ...

Le recours des administrations aux apports d'expertises externes : une pratique contestée, éclairer le débat.

Le cercle de la réforme de l'Etat. 9 p.

Les organisations publiques recourent depuis bien longtemps aux expertises externes. Cet usage massif et déresponsabilisant a conduit les parlementaires à s'interroger sur cette pratique qui induit une perte de confiance des citoyens dans cette *République des experts* déjà très décriée comme destructrice du politique. De fait, corps d'inspection, cabinets de conseil, coaching, think tanks, laboratoires de recherche, banques d'affaires se concurrencent pour produire des analyses sans entrer dans l'opérationnalité des solutions à prescrire. « *La réforme budgétaire avec la loi organique sur les lois de finances (LOLF) de 2001 qui a bouleversé la gestion des finances publiques s'est accompagnée d'un recours massif à l'expertise externe notamment dans le domaine des systèmes d'information pour permettre et accélérer leur mise en place effective.* » En clair, notre machine malade produit un système de plus en plus complexe, qui justifie le recours à des aides extérieures pour le dompter.

L'appui technique, en matière de systèmes d'information, semble pertinent car il permet d'acquérir les compétences nécessaires rapidement et pour une durée limitée. En revanche, les expertises managériales et organisationnelles interrogent davantage dans la mesure où la fonction publique dispose de ressources internes qui devraient lui permettre d'être autonome par rapport à ces pratiques, tout en assumant mieux les préconisations sur la durée qu'un cabinet de conseil qui quitte le navire dès la remise de son livrable. Le volume et le périmètre des questions confiées continue d'interroger : « *le recours à de l'expertise externe pour réaliser des tâches qui auraient théoriquement pu ou dû être réalisées par le ministère de la santé ou Santé Publique France (par exemple mise à disposition des ressources pour assurer une coordination opérationnelle de la logistique des vaccins ou en gérer les stocks et les approvisionnements) est perçue comme un signal d'alarme qui montre que le ministère de la santé et des solidarités s'est progressivement affaibli et n'est plus en mesure de gérer une crise sanitaire d'ampleur*. »

Ces cabinets donnent l'impression de mâcher la décision, la rendre digeste mais d'amoindrir le pouvoir politique devenu dépendant. La solution serait-elle une maitrise d'ouvrage plus forte, plus structurée, qui aurait bien délimité le périmètre de la question pour éviter que sa légitimité ne se trouve érodée ?

La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France.

Emilie Fauchier-Magnan, Pr. Bertrand Fenol, Inspection générale des Affaires sociales. Pr Brigitte Chabrol, Conseil national professionnel de Pédiatrie, mai 2021. 185 p.

La pédiatrie est en crise : le déficit démographique touche surtout la ville (en secteur 1) en dépit d'un relèvement du nombre de pédiatres formés. Les généralistes se substituent en prenant en charge 85% des enfants, mais sans bénéficier d'une formation appropriée. La rémunération des pédiatres de ville est faible et contribue au manque d'attractivité de la profession. La situation est moins critique à l'hôpital du fait de la création des surspécialités pédiatriques. Mais « *Les difficultés rencontrées par la pédopsychiatrie ne sont pas sans impact sur l'activité de pédiatrie, comme l'illustre actuellement l'importance des sollicitations des services de pédiatrie pour prendre en charge, en lien avec les pédopsychiatres, les troubles de la santé mentale des enfants et des adolescents générés par le contexte du COVID. Les liens entre les deux disciplines sont en effet étroits, notamment pour la médecine de l'adolescent et les troubles du neuro-développement*. »

La mission propose de clarifier et enrichir les missions des acteurs de ville, à commencer par les PMI, mais aussi les opérateurs médicaux et paramédicaux libéraux en identifiant un généraliste formé à la santé de l'enfant comme pivot de la prise en charge. L'hôpital est recentré autour de son rôle de recours.

AGENDA

Santexpo - Du 8 au 10 novembre
Paris Expo - Porte de Versailles - Hall 1. Retrouvez Santé RH sur le stand A23

9ème Conférence Finances Grant Thornton - 13 octobre - Paris
Finances hospitalières 2022 : entre incertitudes et opportunités, optimisons !

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 Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 439 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.

IMPRIM'VERT®

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

W160

1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base d'archives sur
www.finances-hospitalieres.fr
au prix de **439 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :
☐ Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
☐ Je souhaite une facture justificative
☐ Mandat administratif/à réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accés 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 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2021.

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

Cachet /Date
Signature