



comprendre



phosphorer



décider



E-conférences

Comprendre, phosphorer, décider

Finances Hospitalières 2020



Crise sanitaire



Le Covid a replacé au premier plan la responsabilité unique de chaque établissement hospitalier : quel acteur finalement s'engage en cas de dysfonctionnement ?

Le Covid, dont on peut craindre une certaine durabilité, aura inévitablement des conséquences sur le mode de fonctionnement de l'Hôpital. L'imprévisibilité et l'urgence de cette pandémie ont rendu aux décideurs, administratifs, médicaux et soignants de chaque établissement la responsabilité et l'autonomie de décision qu'ils semblaient avoir perdu au profit de délégations institutionnelles.

Sur de nombreux sujets, l'hôpital a repris la maîtrise de son fonctionnement. Avec le Covid, nous avons quitté un modèle de régulation hospitalière où primaient la logique économique et la comitologie généralisée pour revenir aux fondamentaux : répondre rapidement et efficacement à un besoin de soins et de santé. Cela ne fait naturellement pas disparaître ce qui existe, mais la crise sanitaire modifie probablement de manière durable l'ordonnancement de la régulation hospitalière.





Mettre les règles entre parenthèses avec discernement

La confiance et l'indépendance gagnées ou accordées à l'hôpital par la force des choses (en l'occurrence le Covid) lui ont permis d'accroître sa souplesse et son efficacité.

Entendons-nous bien, l'idée n'est pas de s'affranchir de règles qui ont leur raison d'être, économiques notamment, en période normale. La vraie intelligence est de savoir mettre les règles entre parenthèses avec discernement et mesure lorsque les circonstances l'exigent. Les exemples sont nombreux.

En matière de droit des autorisations, la souplesse et l'adaptabilité introduites ont permis un gain d'efficacité majeur. Il en va ainsi des unités de soins critiques, généralement limitées strictement en termes de lits. Depuis le début du Covid, avec l'appui de l'ARS jouant en ce sens un rôle majeur dans la capacité à adapter les règles en vigueur, l'hôpital adapte ses capacités à la hausse ou à la baisse, en fonction des besoins réels. La crise sanitaire sera inévitablement jalonnée de périodes plus ou moins

contraignantes ; la réactivité et la capacité de jongler rapidement avec les ressources et les moyens disponibles constitueront le vrai critère de réussite, en dépit des textes réglementaires. Nécessité fait loi...

La gestion financière est un autre éclairage. Les dispositifs mis en place depuis la T2A en 2004, l'EPRD en 2006, imposant à l'hôpital public d'anticiper ses activités et ses recettes, de couvrir ses charges, de développer des stratégies, ... sont tous mis entre parenthèses. La construction d'une prévision financière pour 2021 constitue, pour l'heure, une inconnue. Etablir une prévision de recettes et d'activités fiable et sincère pour 2021, et a fortiori un EPRD, est impossible. Elle ne peut constituer un sujet de préoccupation à l'heure actuelle même si à un moment donné, il nous faudra évidemment faire l'état des lieux et le bilan économique de cette crise au niveau de chaque établissement. Le coût global de cette période n'apparaîtra que tardivement.

Préciser à l'avenir le rôle des GHT

Avec la création des GHT, la fonction « achats » a été mutualisée en 2018. La crise du Covid a jeté une lumière crue sur tous les éléments du fonctionnement hospitalier, tel un projecteur éclairant nos réalités sans fard, révélant quelquefois le meilleur dans l'engagement de communautés hospitalières – ce qui a permis et permet aux hôpitaux de fonctionner et de faire face –, révélant parfois aussi des réalités plus discutables.

La création des GHT a conduit à la mutualisation de la fonction achats depuis 2018. Nous le savons, la maturité des GHT sur le territoire est diverse sur cette fonction mutualisée comme sur d'autres. La crise du Covid pose sur cette fonction mutualisée des questions probablement non anticipées en « période normale ». Au démarrage de la crise, de nombreux chefs d'établissements ont été confrontés à l'obligation très concrète de garantir la livraison de consommables urgents et indispensables (masques, gants, surblouses, ...). C'est vers le chef d'établissement de chaque hôpital que se sont tournés les acteurs pour assurer et garantir ces équipements de protection individuelle. L'obligation de protection des salariés face aux risques ne peut être discutée. Cet exemple permet de comprendre où se situent les responsabilités réelles : quel acteur engage finalement sa propre responsabilité en cas de dysfonctionnement ?

En période normale, prévisible, lorsque tout fonctionne avec une certaine fluidité, ce type de questions ne se pose pas. En cas de crise ou d'urgence, comme le Covid, l'on comprend à quel point la fonction « achats » a des répercussions immenses en termes de responsabilité, pour le directeur de l'établissement support comme pour le directeur de l'établissement partie au GHT.

Le transfert de la fonction « achats » à l'établissement support

et les délégations de signature mises en place au moment de la création des GHT n'exonèrent pas le chef d'établissement d'une partie de sa responsabilité, ils engagent également celles du directeur de l'établissement support et des adjoints délégataires. Cet enjeu juridique semble avoir été sous-estimé lors de la création des GHT. Quid de la chaîne de responsabilité en cas de rupture d'approvisionnement conduisant à la réalisation d'un risque grave, pour les patients comme pour les professionnels d'un établissement ?

Ne serait-il pas nécessaire le moment venu de repartir de l'analyse des domaines dans lesquels compétence a été conférée aux GHT pour ré-interpeler l'existant, introduire d'autres dimensions au même niveau d'analyse que celle de l'efficacité économique, simplifier le dispositif « tordu » mis en place qui pour préserver l'autonomie de chaque établissement de santé a créé des schémas d'organisation qui font exploser toutes les dimensions de la responsabilité.

A minima, les conséquences juridiques de la mutualisation de la fonction « achats » restent d'actualité. Les autres champs d'attribution du GHT pourraient à l'évidence faire l'objet d'une réflexion similaire. Dans sa forme actuelle, sans personnalité juridique par ailleurs, le GHT reste un objet de coopération inabouti auquel a été confié l'exercice de missions qui se révèlent encore plus essentielles lors d'une crise sanitaire.

Ne soyons pas naïfs, il n'y a pas de retour en arrière possible face au mouvement d'intégration dans lequel s'inscrivent les GHT et beaucoup d'éléments plaident à l'évidence pour une plus grande intégration. Nous ne sommes pas allés jusqu'au bout de la réforme, commencée par une première forme d'intégration





avec la fonction achats, celle des systèmes d'information « convergents », la certification conjointe. Force est de constater aujourd'hui, face à une crise sanitaire d'une ampleur inédite, à

quel point cette construction est inaboutie, fragile, à quel point il convient de franchir d'autres marches pour retrouver lisibilité et clarté dans nos constructions juridiques.

Gérer la deuxième vague... et les suivantes

La lisibilité et la clarté sont également nécessaires dans la gestion efficace d'une nouvelle vague. Si au sein d'un territoire, les acteurs dialoguent, les différents réseaux s'organisent et ajustent leur comportement en période de Covid, en réalité il n'existe aucune stratégie spontanée de coopération sans objectifs clairement posés.

La première vague de Covid a donné lieu à une certaine concertation entre établissements, entre professionnels de santé hospitaliers et de ville, entre secteur public et secteur privé. Cette concertation a été rendue plus évidente pour tous car encouragée notamment par des mesures de déprogrammation générale. Le message national était clair, les règles du jeu identiques pour tous, cela a fortement contribué à mobiliser les différents intervenants.

La deuxième vague s'inscrit dans une cinétique différente. Nous l'avons vue monter en temps réel avec une appréhension certaine. Avant que le nombre de patients Covid ne submerge

à nouveau les capacités d'accueil et d'hospitalisation, nous avons pu assister pendant quelques temps à des mécanismes d'interaction entre professionnels favorisant les forces centrifuges. Il ne peut exister de coopération spontanée entre acteurs sans l'édiction de règles claires.

Probablement, la persistance du Covid va entraîner à minima quelques mois encore des conséquences dans l'organisation du système de santé. Les acteurs du système de santé ont démontré et démontrent encore à quel point ils peuvent faire preuve d'une remarquable mobilisation collective au plus fort de la crise. C'est bien cette période incertaine de transition - entre mobilisation générale pour accueillir les vagues de patients Covid et fonctionnement « normal » - qu'il convient de préciser via des règles du jeu plus claires afin, durant cette période de circulation du virus, de partager l'effort équitablement entre tous les acteurs. Cela vaut évidemment entre acteurs du système de santé, cela vaut aussi au sein des composantes de chaque hôpital.

L'hôpital au cœur de son avenir

Le Covid a eu pour effet de placer chaque acteur face à ses responsabilités, de montrer à quel point chaque établissement détient les clés de son fonctionnement.

La crise a montré que le fonctionnement correct d'un établissement passe par la cohésion interne et la concertation entre toutes ses composantes : administratifs, médicaux, soignants, techniques, logistiques... L'effort d'adaptation, de mobilisation, de coordination informelle portée par chacun a été remarquable. C'est une expérience collective qui, espérons-le, servira de réflexe durable à l'avenir, à défaut d'être un modèle de fonctionnement pérenne.

Relativisons toutefois, cette autonomie de gestion et cette faculté d'adaptation ne sont pas inédites. Elles existaient bien avant la crise, elles existent depuis toujours. Elles sont simplement « révélées » par les impératifs de la gestion de la pandémie.

Plus largement, les prises de responsabilité au sein de l'hôpital public et les latitudes d'action qui sont offertes constituent une réalité trop souvent sous-estimée, sans équivalent avec les autres fonctions du secteur public. C'est bien sur ces éléments que se sont construites des réussites emblématiques de nombreux établissements au sein de leur territoire, tant CHU que CH locaux. Gageons qu'au-delà de cette crise, nous parvenions à maintenir ce qui a constitué la force de l'hôpital pendant cette période.

Vincent
KAUFFMANN

Directeur
Centre Hospitalier Dron de Tourcoing





Agnès de Ribet

**Directrice du *marketing*
et de la communication**

T + 33 (0)1 41 25 85 85

E agnes.deribet@fr.gt.com



grantthornton.fr



« Grant Thornton » est la marque sous laquelle les cabinets membres de Grant Thornton délivrent des services d'Audit, de Fiscalité et de Conseil à leurs clients et / ou, désigne, en fonction du contexte, un ou plusieurs cabinets membres. Grant Thornton France est un cabinet membre de Grant Thornton International Ltd (GTIL). GTIL et les cabinets membres ne constituent pas un partenariat mondial. GTIL et chacun des cabinets membres sont des entités juridiques indépendantes. Les services professionnels sont délivrés par les cabinets membres. GTIL ne délivre aucun service aux clients. GTIL et ses cabinets membres ne sont pas des agents. Aucune obligation ne les lie entre eux : ils ne sont pas responsables des services ni des activités offerts par les autres cabinets membres.

© 2020 Grant Thornton. Tous droits réservés. Impression sur papier provenant de forêts gérées durablement. Ne pas jeter sur la voie publique. Création : Ynfluence. Crédit photo : shutterstock (photographies retouchées).