

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

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

**Marc TOCHON,**

Directeur des finances  
du Centre Hospitalier  
Sud-Francilien

**Pierre DAGEN,**

Directeur, Cabinet GovHe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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