



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Le risque de défaillance et la DAF dans
les établissements fragilisés**

***La DAF des Hôpitaux Confluence à l'épreuve de
la COVID-19***

Alexandra LIPARO

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de direction, dont M. Valentin Simon, mon maître de stage, pour m'avoir fait confiance et accompagnée tout au long de ce stage, très particulier.

Je remercie également M. Ilia Pustilnicov, directeur des affaires financières, pour l'accueil qu'il m'a fait dans sa direction et sa patience.

Pour son aide dans ma réflexion et dans la rédaction de ce mémoire, les longues discussions que nous avons eues sur le financement du système de santé, sa pédagogie et sa sincère volonté de transmettre, ma reconnaissance va à M. « Senseï » David Ponsolle, directeur adjoint aux finances.

Je remercie M. Vincent Ollivier, élève directeur d'hôpital Nicole Girard-Mangin également présent au sein des Hôpitaux Confluence, qui, au-delà du thé et d'une victoire sans appel à un tournoi de belote, m'a offert son amitié et son soutien durant ce stage malgré quelques discussions relatives à des tableaux Excel.

Je remercie, pour leurs relectures détaillées et salutaires, M. Yohan Pallier ainsi que Mme Audrey Coucoureux, qui m'a soutenue dès mes premiers pas dans « l'analyse de la performance ».

Sommaire

Introduction	1
Propos liminaires : Les notions associées à la performance économique et leur applicabilité à l'hôpital public	5
1 Les marges de manœuvre de la DAF sont grevées par les difficultés préexistantes des établissements et la crise COVID	11
1.1 La crise financière provoquée par l'épidémie est d'abord le reflet de situations complexes antérieures.....	11
1.1.1 L'équilibre financier du CHIV a été durablement atteint par des investissements bien que ce dernier ait conservé une marge brute exemplaire	11
1.1.2 Le CHIC a su stabiliser son endettement mais voit sa marge brute décliner	17
1.1.3 Le CHIV et le CHIC étaient donc dans une situation analogue aux entreprises défaillantes au déclenchement de la crise, et leur qualité d'établissement public de santé a limité leurs marges de manœuvre.....	19
1.2 La source immédiate du risque de défaillance réside dans la modification soudaine de l'environnement et du fonctionnement des établissements en raison de l'épidémie	21
1.2.1 Les effets de la crise COVID sur les Hôpitaux Confluence s'expliquent notamment par l'architecture, la structure et le contexte local des établissements ...	21
1.2.2 La crise COVID a bouleversé la situation financière des établissements en accélérant leur déclin financier	25
2 Le contrôle financier de l'établissement a été adapté à la crise mais n'a pas suffi à assurer un futur serein à moyen terme aux établissements.....	33
2.1 Les outils de suivi et de gestion de la DAF ont été ajustés aux exigences de la crise COVID.....	33
2.1.1 Le suivi d'activité et les dialogues de gestion resserrés de la DAF ont été mis au service du management de crise.....	33
2.1.2 La mise en place, par la DAF, de lignes de trésorerie supplémentaires et essentielles, a contribué à dégrader le bilan des établissements.....	38
2.1.3 La DAF s'est appuyée sur des ressources annexes pour s'assurer du maintien de la trésorerie.....	40

2.2	La DAF pourra revenir à ses missions d'aide à la stratégie et aux arbitrages, après l'épidémie, mais dans un contexte fortement incertain.....	44
2.2.1	L'évaluation, par la DAF, des perspectives du COPERMO au CHIV et des investissements à réaliser dépendra des choix de politiques publiques à venir	44
2.2.2	A moyen terme, la DAF sera amenée à se recentrer sur les enjeux de stratégie et d'attractivité, y compris dans des établissements ne souffrant pas de la concurrence avant la crise	47
2.2.3	Le changement des perceptions locales et nationales sur la DAF pourrait amener à en modifier son rôle	48
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AM : Assurance maladie
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignante
CAF : Capacité d'autofinancement
CC : Cour des comptes
CHIC : Centre hospitalier intercommunal de Créteil
CHIV : Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
CHU : Centre hospitalier universitaire
CODIR : Comité de direction
COPERMO : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CRC : Chambre régionale des comptes
CREF : Contrat de retour à l'équilibre financier
COVID : CoronaVirusDisease
CSSS : Commission des comptes de la sécurité sociale
DAF : Direction des affaires financières
DAM : Direction des affaires médicales
DASL : Direction des achats et des services logistiques
DDFIP : Direction départementale des finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soin
DIM : Département de l'information médicale
DISP : Direction de l'investissement et de la stratégie patrimoniale
DM : Décision modificative
DRH : Direction des ressources humaines
ENC : Étude nationale des coûts
EPI : Équipement de protection individuelle
EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses
FHF : Fédération des hôpitaux de France
HC : Hospitalisation complète
IDE : Infirmière diplômée d'État
IGH : Immeuble de grande hauteur
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GHM : Groupe homogène de malades
HT : Hors taxe

MARS : Messages d'alerte rapide sanitaire

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PANN : Produits annoncés non notifiés

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PCR : *Polymerase Chain Reaction* ou réaction de polymérisation en chaîne

PFE : Pôle femme-enfant

PRE : Plan de retour à l'équilibre

RBI : Réanimation, bloc, interventionnel

SA : Section administrative

T2A : Tarification à l'activité

URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Introduction

L'argent [...] devenait le ferment de toute végétation sociale, le terreau nécessaire aux grands travaux qui facilitent l'existence.

- L'Argent (1891) d'Émile Zola

Dans son discours du 12 mars 2020, le président de la République annonçait : « *le Gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades* ». Il ajoutait : « *la Nation soutiendra ses enfants, qui personnels soignants en ville, à l'hôpital, se trouvent en première ligne dans un combat qui va leur demander énergie, détermination et solidarité* ». L'heure n'était plus à la maîtrise de la dépense, l'urgence était à soigner.

Définie par Adrot et Garreau (2010), spécialistes des organisations et de la gestion de crise, la crise est « *une situation qui menace le fonctionnement, les objectifs et les valeurs des organisations et qui appelle à la formulation de nouvelles pratiques* ». Incontestablement, l'épidémie de la COVID-19 a constitué une crise pour l'hôpital public, comme le confirment le coût humain et financier de l'épidémie ainsi que l'incertitude quant au maintien du fonctionnement habituel des hôpitaux en raison de leur manque de ressources.

Alors la mesure et la maîtrise de la dépense ne semblent plus prioritaires, on aurait pu penser que le rôle du directeur des affaires financières (DAF) serait profondément modifié. Ainsi, l'épidémie, tout comme la reprise annoncée par le Gouvernement des dépenses occasionnées par la crise sanitaire aurait pu conduire le DAF à mettre de côté les activités de suivi des objectifs et de stratégie d'établissement pour se reporter quasi-exclusivement sur son rôle de manager d'une équipe de direction en situation de crise. L'hôpital public étant particulièrement soumis au contexte politique et financier national, un certain nombre de missions associé au contrôle des dépenses auraient pu être reportées, car il était alors déjà évident que la prise en charge de la COVID serait coûteuse pour les établissements de santé, voire dangereuse pour leur soutenabilité budgétaire/leur équilibre financier. Le risque de dépendance financière des établissements publics aux aides nationales allait croissant à mesure que la crise s'intensifiait.

Les hôpitaux ont vu leur bilan se dégrader rapidement. Leur situation s'est rapprochée des entreprises en difficulté. La notion d'entreprise en difficulté recouvre un certain nombre de critères comme la détérioration de l'activité (diminution rapide du chiffre d'affaires et augmentation des stocks, diminution de la marge brute et de la rentabilité), le surcoût des charges d'exploitation, la détérioration des ressources humaines (diminution des emplois), matérielles et financières, mais aussi les difficultés à lever de l'emprunt et créer de la trésorerie à court terme (Constant, 2002). Si l'ensemble de ces critères n'est pas applicable directement à l'hôpital public, ce dernier utilise toutefois un grand nombre d'indicateurs en commun au secteur privé. L'hôpital s'est alors trouvé dans une situation similaire à celle rencontrée par les entreprises en difficulté. En effet, l'ensemble des hôpitaux français a été confronté à un important effet-ciseaux avec une nette diminution des recettes face à une forte augmentation des dépenses, ce qui a conduit la DAF à adapter son rôle pour accompagner la structure.

Durant la crise COVID, le fonctionnement des DAF a varié selon les différents établissements. Dans certains cas, la DAF a conservé un important rôle de suivi financier et d'alerte. Dans d'autres cas, les établissements, parfois en situation très précaire, ont connu une période de crise financière pendant laquelle l'urgence a dominé et l'analyse financière a été simplifiée voire entièrement écartée. La crise, qui a débuté fin février, a laissé certains établissements exsangues jusqu'à la mi-mai, moment où les dialogues de gestion, à savoir les échanges entre la DAF et les autres directions, ont pu reprendre. Ces discussions ont permis de constater la situation financière et de déterminer les marges de manœuvre restantes de l'établissement. Dans tous les cas, le directeur des affaires financières d'un établissement public de santé a disposé de marges de manœuvre bien plus limitées qu'un acteur privé évoluant dans un secteur moins régulé. D'une part en raison de la régulation des systèmes de santé et, d'autre part, en raison de la santé financière dégradée des établissements de santé en France dont l'endettement n'a pas cessé de progresser (Cour des comptes, 2018). Cela a eu un impact sur les stratégies mises en œuvre par les DAF des hôpitaux pour atteindre l'équilibre financier ou du moins limiter l'impact de la crise COVID.

De quelle manière la situation financière antérieure défavorable des établissements a-t-elle pesé sur les marges de manœuvre de la DAF en situation de crise ? Quel est le rôle de la direction aux affaires financières dans l'accompagnement d'un hôpital dont les difficultés sont soudainement devenues aiguës ?

La situation particulière de chacun des hôpitaux Confluence en amont de la crise a limité les marges de manœuvre d'établissements déjà fragilisés (I). Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Val-de-Marne-Est ou « Hôpitaux Confluence », composé des Centres hospitaliers intercommunaux de Villeneuve-Saint-Georges (CHIV) et de Créteil (CHIC), a rapidement amorcé un suivi des dépenses et de l'activité associée à la COVID. La situation précaire du CHIV et les difficultés de trésorerie du CHIC ont rapidement montré la faiblesse préexistante des établissements et le risque important de défaillance suite à l'épidémie, à savoir l'impossibilité de répondre aux demandes des créanciers. De la même manière que les entreprises en difficultés faisant faillite en période de crise sont souvent déjà affaiblies (Blazy, 1993), les établissements hospitaliers présentant des indicateurs financiers fortement défavorables ont été plus atteints par la crise. L'influence de la situation financière préalable est d'autant plus visible au sein des hôpitaux Confluence que ceux-ci présentent des caractéristiques financières différentes et exercent des activités complémentaires. Le CHIC disposait avant la crise d'une certaine santé financière, d'une patientèle largement solvable recherchant des soins précis, mais présentait deux ratios financiers dans le rouge et une marge brute en déclin. A l'inverse, le CHIV, particulièrement polyvalent dans son offre de soins, accueillait une patientèle très précaire et était endetté à plus de 96 %, mais disposait d'une marge brute plus qu'exemplaire.

Confrontée aux enjeux financiers causés par l'épidémie, la DAF a développé un suivi financier de crise pour faire face à la modification rapide des balances financières des deux hôpitaux. L'analyse préalable des marges de manœuvre des établissements nous permettra de comprendre les choix effectués en faveur de la poursuite de l'activité du CHIC et du CHIV à court et moyen termes (II). La crise COVID a accentué les différences entre les établissements, notamment en raison du rôle de l'offre de soins dans l'impact de la crise sur les établissements, de l'influence de leurs architectures respectives, et surtout de leur situation financière pré-crise. En revanche, les deux établissements ont connu une inversion brutale de la part des charges (en forte hausse) et des recettes (en baisse). Les deux hôpitaux se sont préparés précocement à répondre aux attentes de la tutelle pour obtenir le soutien correspondant à la chute de revenus. En effet, si la crise a ralenti les échanges formels entre les directions dépen-sières, la DAF et l'Agence régionale de santé (ARS), elle n'a pas mis fin au contrôle de gestion et au suivi des dépenses. Au contraire, la crise les a accélérés et renforcés au sein des Hôpitaux Confluence. En effet, dans un contexte où l'enveloppe financière dédiée aux établissements hospitaliers est limitée par l'objectif national de dépense hospitalier et où les sommes d'argent à distribuer aux établissements restent comptées et

dépendantes du niveau d'exécution de l'ONDAM, chaque hôpital devait être en mesure de présenter rapidement son niveau de dépense. En outre, il devenait impératif de pouvoir prévoir le niveau d'exécution de l'année pour pouvoir ensuite gérer les difficultés à venir. La rapide augmentation des dépenses COVID ayant entamé profondément la trésorerie des établissements, le suivi des dépenses devait être particulièrement resserré et de nombreux projets d'investissement ont dû être questionnés.

Afin de répondre aux questions posées dans ce mémoire, il convient tout d'abord de mobiliser des notions utiles pour objectiver la situation des Hôpitaux Confluence, avant et après l'épidémie.

Propos liminaires : Les notions associées à la performance économique et leur applicabilité à l'hôpital public

L'hôpital public peut ne pas sembler, au premier abord, comparable à des entreprises privées lorsqu'il s'agit d'analyser sa situation et ses performances économiques. En effet, l'hôpital public ne fait pas faillite au sens légal du terme et ne peut pas être mis en liquidation judiciaire. Par ailleurs, l'hôpital public exerce des missions qui ne sont pas rentables (telles que la réanimation, les activités de services de soins de suite et réadaptation (SSR) ou encore certaines activités de soins critiques). Pour autant, les établissements publics de santé peuvent être observés et analysés au regard de certains critères applicables aux sociétés privées : la grille d'analyse de la position d'une organisation dans son environnement, la performance économique, le déclin et la défaillance. En outre, les réformes successives et l'exigence de performance économique pèsent de plus en plus sur les hôpitaux, comme le montrent la mise en place de plans de retour à l'équilibre ou encore les contrats de retour à l'équilibre financier. L'hôpital a une responsabilité de plus en plus grande sur sa santé financière. C'est pourquoi observer la gestion de la crise à l'aune de la littérature des entreprises en difficulté est un exercice pertinent

Approche darwiniste ou behavioriste

Selon De Wit et Meyere, repris par Crutzen et al. (2010), auteurs spécialistes en management et gestion d'entreprises, il existe deux approches classiques :

- L'approche dite behavioriste pour laquelle l'équipe dirigeante et le management sont l'élément moteur, à l'origine de la quasi-totalité de la structure et du fonctionnement du système de gestion de l'entreprise ;
- L'approche darwiniste, qui envisage « *l'entreprise dans un environnement dont elle subit plus qu'elle n'influence le comportement et l'évolution* ».

S'il n'existe, en réalité, aucune organisation qui puisse être définie de façon purement behavioriste ou darwiniste (Crutzen et al, 2010), la gestion hospitalière, en particulier de crise, est à analyser de préférence sous le prisme de l'approche darwiniste. En effet, l'hôpital ne décide pas à proprement parler de son orientation : les ouvertures de services, les augmentations ou diminutions capacitaires requièrent *a minima* l'information de la tutelle et *a maxima* son autorisation expresse. Par ailleurs, les revenus d'un hôpital, dont l'activité est majoritairement constituée d'actes de médecine, de chirurgie et d'obstétrique

(MCO) restent en grande partie déterminés par la tarification à l'activité (T2A). La T2A est elle-même encadrée par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le tarif des actes a connu des diminutions régulières en raison de la limitation de la progression de l'ONDAM. Or, aujourd'hui, 58 % des ressources de la majeure partie des établissements de santé MCO provient de la T2A (Aubert, 2019). Autrement dit, bien que les établissements puissent moduler et façonner leur activité et avoir des politiques de déploiement stratégiques, l'environnement financier – autrement dit le maximum de ressources auxquelles un établissement peut prétendre – dépend d'éléments qui lui sont extérieurs.

En outre, l'hôpital public poursuit des objectifs plus larges voire antagonistes à celui de rentabilité pure, puisqu'il répond à des objectifs de santé publique. Il peut ainsi être *contraint* à maintenir des activités peu rentables afin d'atteindre les objectifs de l'offre de soins sur le territoire, qu'il ne détermine pas car ils sont établis au niveau national ou régional.

Enfin, l'hôpital public ne dispose pas des outils des entreprises privées pour effectuer des restructurations importantes. Il peut néanmoins s'appuyer, dans une certaine mesure, sur des aides nationales et régionales d'ampleur via les Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalière (COPERMO).

L'approche darwiniste nous permet de concevoir que la DAF n'est pas complètement libre de gérer la crise, quand bien même des solutions radicalement opposées à celles retenues dans les hôpitaux seraient préférables dans le cadre d'une entreprise privée. Nous verrons que la DAF alterne entre les deux approches, darwiniste, en particulier en temps de crise et légèrement behavioriste, lorsqu'elle retrouve des marges de manœuvre.

Ainsi, les outils les plus couramment employés par les entreprises, tels que les plans de licenciement, la mise en place de l'activité partielle, le report de charges sociales ou bien l'arrêt des activités non-rentables sont autant d'éléments qui ne sont pas envisageables pour permettre à l'hôpital de reprendre son activité et de limiter les conséquences financières de la crise. Le secteur de la santé n'a d'ailleurs pas bénéficié d'annonces aussi importantes et rapides que certains secteurs privés comme l'aéronautique ou le tourisme. L'hôpital dispose donc, a priori, de peu d'aides d'urgences, seulement de plans de restructuration à plus long terme, via le COPERMO performance ou le COPERMO investissement.

La notion de performance économique et son lien avec le concept de défaillance

Comme le rappelle Constant Djama, Docteur en sciences de gestion, la performance économique ne se définit pas uniquement via des critères de performance comptables tels que le rendement sur investissement, les taux de marge - critères qui sont par ailleurs largement utilisés dans le milieu hospitalier, notamment dans les plans de retour à l'équilibre. Ces critères mis en place dans les années 1970 ont progressivement évolué pour englober toute la réalité des entreprises. Bien que critiqués car moins objectifs, des critères tels que la capacité d'adaptation de la firme à son environnement ou encore l'intégration de dimensions sociales, historiques et culturelles font partie des éléments permettant de mesurer la performance organisationnelle. Ces critères sont estimés à partir d'indicateurs comme l'efficacité économique, les ressources humaines, l'influence d'une organisation auprès de groupes externes (Djama, 2002).

Cette approche globale permet de comprendre de quelle manière l'épidémie COVID a touché l'hôpital public et a pu détériorer sa situation financière.

La notion de déclin permet, elle, d'analyser la trajectoire de défaillance d'un établissement. La défaillance ou faillite peut être appréciée selon plusieurs approches, qui ont été développées par les secteurs qui ont produit des analyses sur le sujet. Selon Didier Van Caillie et Andrée Dighaye (2002), spécialistes en administration des affaires, on peut reconnaître deux définitions générales de la faillite ou de la défaillance :

- Une définition reposant largement sur une approche légale où il s'agit d'identifier les éléments amenant une entreprise à atteindre le stade légal de la faillite, précédant les procédures collectives et de liquidation ;
- Une définition davantage intégrée sur le processus progressif de la faillite économique et définissant la défaillance comme « *l'incapacité de rencontrer de manière régulière les exigences (en termes de création de valeur, de rentabilité, de service de la dette) formulées à son encontre dans les divers acteurs de son environnement. La faillite de l'entreprise ne constitue de ce fait que l'aboutissement d'un processus de défaillance progressif [...] dont il est possible de sortir moyennant la prise de mesures de gestion correctrices judicieuses* » (Van Caillie, 2002).

Nous ferons le choix de cette deuxième définition de la défaillance pour deux raisons. D'abord, car l'hôpital public – comme l'État – ne fait pas faillite d'un point de vue légal. Ensuite et surtout, parce que la définition de la défaillance reprise par Van Caillie et développée par d'autres auteurs (Argenti 1977 ; Koenig 1985) reprend la notion de

processus qui est aujourd'hui davantage utilisée dans l'analyse de la défaillance d'entreprise.

Le choix de cette définition ne revient pas cependant à rejeter les éléments d'études statistiques et financiers qui constituent unanimement un outil d'analyse (Van Caillie, 2002, D'aveni 1988) mais à comprendre l'ensemble de l'organisation de l'établissement et pas uniquement des éléments financiers.

Autrement dit, elle réunit des critères qui vont au-delà de la situation financière pour comprendre clairement le positionnement d'un établissement.

La trajectoire de la diminution des performances économiques ou la notion de déclin

La prévention de la défaillance et l'analyse des trajectoires consistent d'abord à mettre en lumière les causes profondes de la faillite. La question se pose alors de la trajectoire de défaillance ou « *situation de déclin* ». C. Djama rappelle que le déclin n'implique pas « *nécessairement un échec à court ou moyen terme, mais correspond à un processus long de dégradation de la situation de l'entreprise* » favorable à la défaillance jusqu'à un événement supplémentaire dont l'effet serait observé comme plus direct (D'Aveni, 1989). Quelle que soit la trajectoire de défaillance, les entreprises sont toujours fragilisées depuis bien plus longtemps que l'évènement nouveau qui accélère la trajectoire de défaillance.

En l'occurrence, l'endettement des hôpitaux publics ne cesse d'augmenter, passant de 49 % en 2011 à 53 % en 2016 (Cour des comptes, 2018) et la crise COVID est l'évènement extérieur à l'origine d'un important effet ciseau et accélérant leur déclin :

- La diminution d'activité provient de la profonde modification des structures des établissements pour être en mesure d'accueillir les patients COVID ;
- L'augmentation rapide des dépenses est liée au recrutement de nouveaux agents, au versement de la prime COVID et à la multiplication des achats.

Le CHIV et le CHIC n'y ont pas fait exception.

Les éléments d'analyse permettant d'évaluer la détérioration des performances économiques développés par Constant Djama (Djama, 2009), l'académie des sciences techniques comptables financières (2009) et Van Caillie (2006) peuvent être synthétisés en quatre catégories : croissance, ressources humaines (RH), matérielles et financières.

Tableau 1 : Indicateurs d'analyse de performances économiques

Croissance	Chiffre d'affaires, stock, charges d'exploitation et de personnel
RH	Baisse de l'investissement en capital humain, mise en place de plans sociaux, difficultés de recrutement, etc.
Ressources matérielles	Désinvestissement ou faible niveau de l'investissement
Ressources financières	Part des capitaux propres, de l'endettement, variation de trésorerie

Au travers de ces différents critères et références, la situation des deux établissements du GHT Val-de-Marne Est 94 avant la crise peut être décrite, afin de mieux comprendre sa situation post-COVID et les marges de manœuvres dont disposent la DAF.

1 Les marges de manœuvre de la DAF sont grevées par les difficultés préexistantes des établissements et la crise COVID

Les Hôpitaux Confluence connaissaient une situation financière déclinante avant la crise, chacun ayant été durablement marqué par des investissements majeurs (1.1.). L'épidémie a mis leurs fragilités en lumière, les deux établissements ayant de grandes difficultés à encaisser le choc financier causé par la crise (1.2.).

1.1 La crise financière provoquée par l'épidémie est d'abord le reflet de situations complexes antérieures

Les finances du CHIV ont été altérées par les investissements effectués bien qu'il ait été en capacité de maintenir concomitamment des taux de marges brutes croissants (1.1.1). A l'inverse, le CHIC, moins endetté, dégagait des taux de marges brutes plus faibles et en déclin (1.1.2.). Les deux hôpitaux étaient dans une situation fragile, comparable à celle des entreprises en difficulté, bien avant la crise COVID (1.1.3).

1.1.1 L'équilibre financier du CHIV a été durablement atteint par des investissements bien que ce dernier ait conservé une marge brute exemplaire

A) Le CHIV n'a que partiellement redressé sa situation financière avant la mise en place du Pôle femme-enfant (PFE), le maintenant dans une situation de trésorerie et d'endettement défavorable

Le CHIV a conclu un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) entre 2004 et 2008 en raison de la persistance de ses difficultés financières et de son déficit. Cela lui a permis de redresser son excédent brut d'exploitation en deuxième partie de CREF. Le CHIV a cependant dû faire d'importants investissements pour la construction du Pôle femme-enfants (PFE) en 2007. Ces investissements ont considérablement augmenté la dette de l'établissement et l'ont affaibli financièrement. En effet, le ratio d'indépendance financière, à savoir le taux « *de dépendance financière [servant] à identifier les marges de manœuvre d'un établissement permettant d'envisager de nouveaux emprunts* » (Hospidiag) est passé de 31,60 % en 2004 à 62,4 % en 2011. Or, le dépassement d'un ratio d'indépendance financière à 50 % fait partie des critères de l'encadrement des facultés d'emprunts d'un établissement (Décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011). Lorsque deux seuils des ratios financiers sont atteints, l'établissement doit solliciter la tutelle et obtenir son accord pour de nouveaux emprunts.

La dette de l'établissement n'a cessé de croître, pour différentes raisons :

- La structure de la dette : si plusieurs emprunts ont été désensibilisés, autrement dit si le CHIV a pu « *refinancer à des conditions normales du marché la totalité de l'emprunt toxique* » (Houdart, 2017), le CHIV est resté débiteur d'une dette qui a cru de 165 % entre 2010 et 2013 passant de 62,5 M€ à 156,9 M€. En 2014, 7 % de l'encours était constitué d'emprunts à risques contre 54,5 % en 2009 (CRC, 2016).
- Le poids du titre 4 « Charges d'amortissements, de provisions, financières et charges exceptionnelles » associé à la construction du Pôle femme enfant : il s'est élevé à 62,3 M€ sans aide (56,6M€ avec aide) en 2017. Ce titre 4 avait été revu en raison des remarques apportées lors de la certification des comptes où le titre 4 avait été sous-estimé.
- Au moment de la construction du Pôle femme-enfant, la capacité d'autofinancement (CAF) brute du CHIV était déjà trop faible comparée aux annuités associées au paiement de l'emprunt. En 2006, la dette de l'établissement qui avait alors un taux d'indépendance financière de 43 % représentait déjà 10 années de CAF. Autrement dit, la durée apparente de la dette permettait déjà l'encadrement par l'Agence régionale de santé (ARS) des possibilités d'emprunt de l'établissement.

En 2014, le CHIV était le 4^{ème} établissement le plus endetté d'Île-de-France dont le chiffre d'affaire est supérieur à 70 M€ (CC, 2014). Cet endettement a influé négativement sur le taux de CAF nette de l'établissement, le CHIV devenant toujours plus dépendant à l'emprunt pour financer ses investissements et surtout pour rembourser les emprunts déjà contractés pour la construction du PFE. En 2018, l'ensemble des ratios financiers du CHIV étaient déjà en alerte puisque la durée apparente de la dette, permettant de « *mesurer le nombre d'années d'autofinancement nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'intégralité de la capacité d'autofinancement était consacrée à cet objectif* » (Hospidiag), était largement supérieure à 10 ans et son ratio d'indépendance financière supérieur à 50 %. La situation du CHIV a continué de se dégrader jusqu'au déclenchement de la crise COVID.

Tableau 2 : Données relatives à la dette du CHIV

Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges				
Année	2015	2016	2017	2018
Durée apparente de la dette	NC	30.2	16.6	16.8
Ratio d'indépendance financière	NC	93.7	90.7	88.9
Taux d'encours de la dette	NC	94.4	88.4	88.2

Source : Hospidiag

B) Le CHIV obtient d'importants produits en raison de l'importance de son activité « comparable à celle d'un centre hospitalier universitaire » (CRC 2011)

Le CHIV est dans une situation assez rare : il dispose d'un taux de marge brute plus qu'exemplaire, à plus de 8,6 % tout en ayant la plupart de ses indicateurs financiers « dans le rouge », avec un taux de CAF nette négatif et un ratio d'indépendance financière d'environ 90 %.

Tableau 3 : Données relatives au résultat et à la CAF du CHIV

Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges				
Année	2015	2016	2017	2018
Taux de marge brute	10.5	9.1	10	8.6
Taux de marge brute hors aides non pérennes en AC	9.1	9.1	9.2	8
Taux de CAF	4.8	3.1	5.3	5.3
Taux de CAF nette	-1.7	-3.3	-0.1	-0.9

Source : Hospidiag

Un tel taux de marge brut s'explique par différents éléments :

- La progression constante de l'activité réalisée par l'établissement ;
- La mise en place et le maintien d'une politique importante de circonscription des dépenses ;
- L'amélioration de la chaîne de facturation, du codage à l'amélioration des systèmes d'information.

Lorsque le CHIV a entamé un plan de retour à l'équilibre dans le cadre du projet COPERMO, ce dernier est allé plus loin dans les recherches d'économie. Le CHIV a ainsi pu réduire la durée apparente de la dette, passant de 21 ans en 2015 à 17 ans en 2018. Pour obtenir de tels résultats, le CHIV a notamment cessé d'investir en capital humain et a limité de manière importante les recrutements.

Malgré ses efforts, les dettes de l'établissement se sont maintenues à plus de 160 millions d'euros pour un budget d'environ 180 millions d'euros.

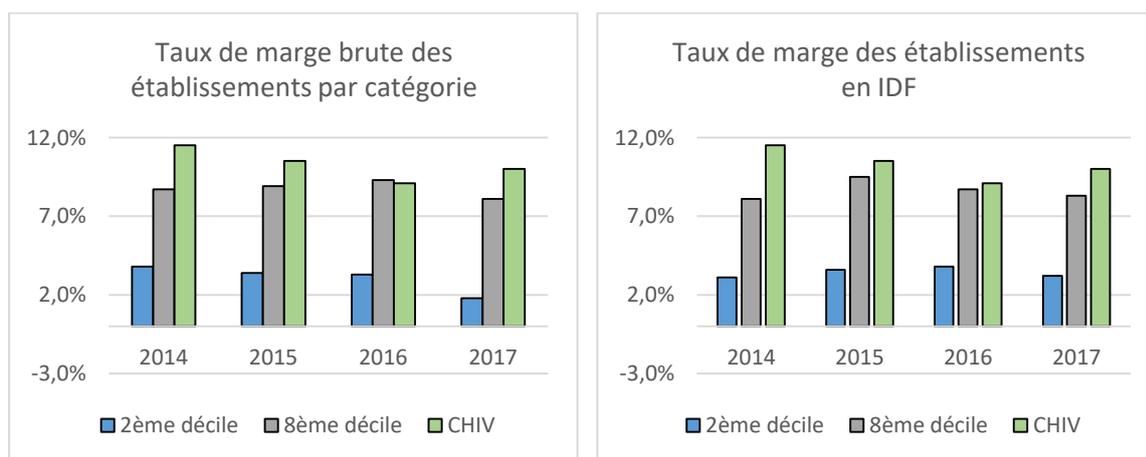
Tableau 4 : Extrait du compte financier du CHIV

	2017	2018	Evolution
Emprunts obligataires			
Emprunts auprès des établissements de crédit	149 333 598 €	139 961 522 €	-6%
Emprunts et dettes financières divers	2 152 333 €	1 375 692 €	-36%
Crédits et lignes de trésorerie			
Dettes financières totales	151 485 931 €	141 337 214 €	-7%
Avances reçues	716 053 €	694 696 €	-3%
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	6 218 364 €	11 970 733 €	93%
Dettes fiscales et sociales	4 591 082 €	4 812 461 €	5%
Dettes d'exploitations totales	11 525 498 €	17 477 890 €	52%
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	1 234 036 €	2 339 999 €	90%
Fonds déposés par les hospitaliers et hébergés	10 498 €	5 744 €	-45%
Autres	891 852 €	1 191 883 €	34%
Produits constatés d'avance		972 800 €	
Dettes diverses totales	2 136 385 €	4 510 425 €	111%
TOTAL	165 147 814 €	163 325 529 €	-1%

Source : compte financier du CHIV, 2018

D'autres améliorations ont pu être réalisées suite à l'actualisation du plan de retour à l'équilibre (PRE) signé en 2007 comme avenant au CREF initial conclu en 2004. En raison des efforts produits par le CHIV, ce dernier n'a cessé d'augmenter ses résultats, sans toutefois obtenir un résultat net positif. Par sa capacité à maintenir des résultats en progrès, ne reposant pas sur des résultats exceptionnels (à savoir des subventions exceptionnelles ou encore des produits de cession), le CHIV se distingue d'une entreprise en difficulté classique, qui connaîtrait un déclin soudain ou encore gradué (Djama, 2011).

Figure 1 : Comparaison du taux de marge brute du CHIV avec les le taux de marge des établissements par catégorie et dans la région Île-de-France



Source : données Hospidiag

C) Le CHIV manquait de « *moût organisationnel et financier* » avant la crise COVID. L'« *organisationnal slack* » traduit littéralement par « *moût organisationnel* » ou marges de manœuvre des organisations, est l'un des éléments discriminant entre les entreprises

dites « *survivantes* » et celles qui sont défailiantes. Les marges de manœuvres relèvent de trois catégories (MahuaGuha, 2016) :

- Les ressources immédiatement disponibles (« *available slack* ») qui sont les liquidités d'une organisation ;
- Les ressources récupérables (« *recoverable slack* ») à savoir les ressources que peut retrouver l'organisation via une utilisation efficiente de ses ressources ;
- Les ressources potentielles (« *potential slack* ») autrement dit la capacité d'une entreprise à lever des fonds provenant de sources extérieures.

Les marges de manœuvre ou « *slack* » : bon ou mauvais élément pour la performance ?

Il existe un désaccord entre les spécialistes sur les avantages du « moût organisationnel ». En effet, les marges de manœuvres permettent d'absorber des chocs imprévus pour l'entreprise et en diminuer les externalités négatives. Cependant, elles ont un coût lié à la sous-utilisation de produits disponibles ou encore à l'absence de « *fructification des moyens* » (Geiger, 2018). En outre, les managers auraient tendance à utiliser ces marges de manœuvres, lorsqu'elles existent, pour compenser des difficultés ponctuelles pouvant se régler grâce à d'autres outils, les détournant de leur première utilité - comme compenser une détérioration rapide et soudaine de la situation de l'entreprise. Enfin, elles ne pousseraient pas les établissements à augmenter leurs performances (Geiger, 2018).

Aujourd'hui, les auteurs réfutent majoritairement la question d'un effet positif ou négatif mais se penchent davantage sur la question de savoir quel est le niveau optimal de moût organisationnel selon la nature de l'organisation (Nohria, 1997 ; Geiger, 2019).

La fragilisation du CHIV est illustrée par la détérioration de ses ratios financiers depuis 2004, malgré les efforts réalisés. L'établissement ne disposait pas en 2020 de ressources et de suffisamment de fonds propres pour faire face à une crise soudaine. De surcroît, il ne dispose pas des fonds nécessaires pour rénover des bâtiments et renouveler des équipements dont la vétusté est particulièrement élevée. En effet, le taux de vétusté relativement faible cache l'hétérogénéité des locaux entre le PFE construit en 2013 et le monobloc construit dans les années 1960.

Tableau 5 : Taux de vétusté du CHIV

Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges					
	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de vétusté des équipements	63.9	63.2	73.0	76.0	76.3
Taux de vétusté des bâtiments	40.1	47.1	45.1	48.7	51.6

Source : Hospidiag

Contrairement à ce qu'indique la littérature de la défaillance d'entreprises (Blazy, 1993) et pour l'ensemble des établissements en difficultés, le CHIV n'est pas un établissement dont la diminution de la rentabilité est à l'origine du manque de marge de manœuvre économique. Au contraire, son taux de marge se maintient à niveau particulièrement élevé.

Le CHIV se trouvait, avant la période COVID, dans une situation rencontrée par plus de 40 % des entreprises devenues défaillantes (Blazy et al. 1993), à savoir des difficultés d'ordre financier lié à un déficit de ressources propres. La trésorerie du CHIV a toujours été faible, ce qui le prive de ressources immédiatement disponibles. Par ailleurs, les PRE et CREF effectués l'avaient déjà poussé à faire de nombreuses économies, limitant les actions immédiates sur les ressources dites « récupérables ». En outre, l'importance du taux d'indépendance financière ou taux d'endettement du CHIV en fait un client peu intéressant pour les banques et un établissement particulièrement surveillé par l'ARS. Sa particularité réside dans sa capacité à dégager un fort taux de marge brute et donc à financer ses dépenses de fonctionnement à un niveau suffisant malgré son endettement.

Enfin, les efforts de restructuration se sont montrés défavorables au CHIV en termes de recrutement. Si, de manière générale, les établissements franciliens ont des difficultés à recruter des personnels médicaux et paramédicaux (FHF, 2018), le CHIV souffre particulièrement d'un manque d'attractivité s'expliquant notamment la vétusté de ses locaux (cf. tableau 6) et les restrictions menées depuis plus d'une dizaine d'année. A titre indicatif, plus de 20 postes vacants d'infirmières diplômées d'Etat (IDE) étaient vacants en janvier 2020.

*

* *

En conclusion, les quatre principaux indicateurs d'analyse relatifs au déclin des entreprises sont négatifs au CHIV. S'il conserve une croissance importante, avec un important taux de marge brute, ses charges d'exploitations ne permettent pas un désendettement rapide. En outre, comme beaucoup d'établissements franciliens, son investissement en capital humain médical et paramédical se stabilise alors qu'il devrait croître en raison des difficultés de recrutement et de ses objectifs économiques. Enfin, ses ressources matérielles et financières sont faibles en raison du ralentissement de ses investissements mais aussi de la faiblesse de ses marges de manœuvre.

Tableau 6 : Synthèse des indicateurs économiques du CHIV

Évaluation de la détérioration économique du CHIV	
Croissance	Bon taux de marge brute Niveau de charge important comparé au besoin de désendettement
Ressources humaines	Difficulté de recrutement en personnel médicaux et paramédicaux
Ressources matérielles	Volonté d'investissement fortement ralenti par le manque de ressources financières
Ressources financières	Endettement très élevé avec trois indicateurs financiers en alerte.

1.1.2 Le CHIC a su stabiliser son endettement mais voit sa marge brute décliner

A) Le CHIC a mené seul un grand plan d'investissement à partir de 2007 qui a limité sa capacité d'endettement et ses marges de manœuvres financières

Ainsi que le rappelle la CRC, le CHIC n'a pas reçu de subventions au titre du plan Hôpital 2007 et a « contracté d'importants emprunts pour financer les opérations » d'investissement et de rénovations (CRC, 2011). Le CHIC a fait le choix de reconstruire le bâtiment U abritant les activités de pneumologie et les cours associés à sa forte activité universitaire. Cet investissement a fortement dégradé le taux d'indépendance financière puisque ce dernier est passé de 46,2 % en 2004 à 61,4 % en 2008. Comme le CHIV, le CHIC a consacré une partie importante de son excédent brut d'exploitation au financement des amortissements, provisions et charges financières associées à la construction du nouveau bâtiment.

Cependant, contrairement au CHIV, le CHIC a su davantage maîtriser son endettement et seuls deux des trois indicateurs financiers alertent sur sa situation. En effet, si son ratio d'indépendance financière s'approchait de 60 % et son taux d'encours de la dette,

autrement dit « le ratio de l'endettement de l'établissement à ses recettes » (Hospidiag), dépassait les 30 %, la durée apparente de la dette restait inférieure à 10 ans en 2018.

Tableau 7 : Données relatives au résultat et à la CAF du CHIC

Centre hospitalier intercommunal de Créteil					
Année	2015	2016	2017	2018	2019
Taux de CAF nette	1.8	NC	1	1.1	-1.5
Durée apparente de la dette	NC	NC	8.4	8	12.8
Ratio d'indépendance financière	NC	NC	59.7	59.2	57.97
Taux d'encours de la dette	NC	NC	39.6	36.6	35.05

Source : Hospidiag

La situation du CHIC avant la réalisation des travaux ainsi que les investissements réalisés ont permis de réduire son taux de vétusté et d'envisager l'étalement des travaux à réaliser. Cependant, les taux de vétusté des équipements et bâtiments, mesurant la part des équipements et installations déjà amortis, restent élevés et recommencent à progresser après avoir atteint 57,2 % en 2008 (CRC, 2011).

Tableau 8 : Données relative au taux de vétusté du CHIC

Centre hospitalier intercommunal de Créteil					
Année	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de vétusté des équipements	76,6	79,6	NC	73,0	74,2
Taux de vétusté des bâtiments	42,2	46,0	NC	51,8	51,4

Source : Hospidiag

Si le CHIC dispose d'une marge brute honorable, elle pourrait être insuffisante au regard des travaux que celui-ci pourrait souhaiter réaliser.

B) Le CHIC conserve un bon taux de marge brute lui permettant de soutenir son activité et limiter son endettement mais voit sa CAF décliner

Le CHIC a su maintenir un bon taux de marge brute, supérieur 7 % en 2018. Cependant, il n'a cessé de voir son taux de CAF diminuer, en plus de la dégradation des indicateurs financiers relatifs à son endettement. Il se trouve donc dans une situation où les investissements qu'il souhaite réaliser à court et moyen termes peuvent être compromis.

Tableau 9 : Données relatives au résultat et à la CAF du CHIV

Centre hospitalier intercommunal de Créteil				
Année	2015	2016	2017	2018
Taux de marge brute	7.1	NC	6.2	7.2
Taux de marge brute hors aides non pérennes en AC	7	NC	5.8	6.7
Taux de CAF	5.7	NC	4.8	4.6
Taux de CAF nette	1.8	NC	1	1.1

Ce taux de marge brute associé à un endettement relativement limité joue en faveur du développement et du recrutement au CHIC qui dispose d'une bonne image auprès des personnels médicaux et paramédicaux. Par ailleurs, ses fortes coopérations universitaires, notamment avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) Henri Mondor lui permet de développer des activités de recherches attractives.

*

* *

En conclusion, l'analyse des quatre principaux indicateurs relatifs au déclin des entreprises du CHIC montre que l'établissement n'est pas dans une situation de forte détérioration de ses performances économiques. En effet, il conserve une marge brute supérieure à 6 % – diminuant d'année en année – mais n'a que deux indicateurs financiers en alerte.

Tableau 10 Synthèse des indicateurs économiques du CHIC

Évaluation de la détérioration économique du CHIC	
Croissance	Bon taux de marge brute qui est en déclin depuis 3 ans Niveau de charge important comparé au besoin de désendettement
Ressources humaines	Difficultés de recrutement en personnel paramédicaux limitées
Ressources matérielles	Volonté d'investissement ralentie par les ressources financières
Ressources financières	Endettement élevé avec deux indicateurs financiers en alerte.

1.1.3 Lors du déclenchement de la crise, le CHIC et le CHIV était donc dans une situation analogue aux entreprises en difficultés et leur qualité d'établissement public de santé a limité leurs marges de manœuvre

A) Le CHIV disposait d'un effet levier plus limité que le CHIC, le rendant plus vulnérable à une crise

Quelle que soit la nature du déclin de l'entreprise (soudain ou gradué), les entreprises défaillantes sont déjà en difficulté bien avant leurs faillites. Ainsi, les entreprises qui deviennent défaillantes à 5 ans ont deux caractéristiques principales (Blazy et *al.* 1993). Premièrement, le poids des charges financières devient trop élevé : l'autonomie financière des établissements est de plus en plus restreinte. Deuxièmement, l'effet de levier est trop faible : autrement dit, les entreprises n'ont pas renforcé leurs fonds propres et ont élevé leur endettement. L'effet de levier peut en retour augmenter le poids des charges financière lorsque le désendettement est rendu de plus en plus difficile via la diminution de la marge de la société. Ces caractéristiques finissent par réduire les possibilités d'effet levier de l'entreprise qui, trop endettée, voit son effet de levier devenir négatif en moyenne un à deux ans avant la défaillance.

Or, nous avons vu que le CHIV disposait de peu, voire aucune, marge de manœuvre organisationnelle immédiate tandis que le CHIC avait encore quelques possibilités. Le CHIV, dès lors que son endettement a dépassé 90 %, qu'il a présenté un taux de CAF négatif et que la durée apparente de la dette a dépassé 10 ans, s'est trouvé dans une situation particulièrement difficile pour obtenir un emprunt. Pendant la période COVID, la Banque Postale a par exemple refusé au CHIV un emprunt à court terme. A l'inverse le CHIC disposait encore d'un indicateur financier favorable en plus de son bon taux de marge brute et pouvait obtenir davantage de fonds.

Pour les entreprises fragiles, la défaillance finit par intervenir à cause d'un ultime évènement supplémentaire qui vient accentuer fortement les difficultés de l'établissement, en l'occurrence la crise COVID.

B) L'hypothèse selon laquelle il est possible d'agir fortement sur les marges de manœuvre des établissements de santé est peu crédible

L'utilisation des « *recoverables slack* » est particulièrement complexe dans le domaine de la santé. En effet, les recherches diverses en économie de la santé et en organisation des établissements de santé montrent un lien important entre les dépenses effectuées et la qualité des soins (Valdmanis et *al.*, 2008), ainsi qu'une relation positive entre les effectifs des équipes médicales et paramédicale et la réduction des plaintes des patients et la diminution du turn-over médical et paramédical (Brunelle, 2008).

Dans des établissements où la masse salariale est soit stable, soit en diminution, les marges de manœuvres liées aux variations de personnel sont de toutes façon limitées. En effet, tant dans le secteur public de la santé que dans le privé, la diminution des effectifs en lien directement avec la production, ici de soin, amènent surtout une diminution de la valeur ajoutée (Cornolti et *al.*, 2007). D'un point de vue très pragmatique et en dehors des considérations de santé publique, la gestion RH des équipes pour faire face à la crise peut avoir de lourdes conséquences sur l'équilibre financier des établissements en raison du caractère très concurrentiel du recrutement en Île-de-France. L'allègement des équipes médicales et paramédicales, même seulement le temps d'un épisode de crise ou à sa suite, mettrait en péril les performances économiques des deux établissements dans le futur en raison des difficultés associées à la reconstitution des équipes (Béguin, 2020 ; Roux, 2020).

1.2 La source immédiate du risque de défaillance réside dans la modification soudaine de l'environnement et du fonctionnement des établissements en raison de l'épidémie

La crise COVID a eu un effet sur les finances de l'ensemble des établissements de santé. Dans le cas du CHIC et du CHIV, l'importance des conséquences de l'épidémie provient en partie d'éléments de structures internes et relatif à leur environnement (1.2.1.). Ces hôpitaux, très touchés par l'épidémie, ont vu leur situation financière se dégrader rapidement car ils ne disposaient d'aucune marge de manœuvre leur permettant d'endurer ce type d'événement (1.2.2.).

1.2.1 Les effets de la crise COVID sur les Hôpitaux Confluence s'expliquent notamment par l'architecture, la structure et le contexte local des établissements

- A) Le CHIV, hôpital de référence de son secteur a été davantage touché par la crise que le CHIC situé dans une zone où l'offre de soin est plus dense

Les deux établissements sont polyvalents et accueillent des patients dont la situation sociale et la gravité de l'état de santé sont très variés, même si le CHIC dispose de spécialités de pointe.

Tableau 11 : Nombre de racines Groupes homogène de malades (GHM) pour 80 % des séjours du CHIC et du CHIV

Établissement	Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours			
	2015	2016	2017	2018
CHIV	125	127	129	128
CHIC	121	117	114	112

Source : Hospidiag

Le CHIV dispose d'un bassin d'attractivité de 500 000 habitants pour lequel il est l'unique hôpital public disposant d'une plateforme d'accueil des urgences aussi importante. Il reçoit ainsi une population particulièrement précaire en comparaison des autres établissements d'Île-de-France. A l'inverse, le CHIC est situé dans un bassin certes tout aussi important, mais bénéficiant d'une offre de soins beaucoup plus développée avec la présence à quelques centaines de mètres du Centre hospitalier universitaire (CHU) Henri Mondor, appartenant à l'Assistance-publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Tableau 12 : Comparaison de la part des établissements sur leur zone d'attractivité

Type de part de marché	Établissements	Part de marché des établissements			
		2015	2016	2017	2018
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité (%)	CHIV	24.3	23.8	23.8	23.1
	CHIC	10.4	10.6	10.5	10.9
Part de marché en chirurgie en hospitalisation complète (HC) sur la zone d'attractivité (%)	CHIV	9	8.5	8.5	8.6
	CHIC	6.2	6.2	6.2	6.1
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité (%)	CHIV	39.9	40.6	42.4	44.6
	CHIC	25.5	27.5	28.1	28.8
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité (%)	CHIV	8.8	9.3	9.3	8.9
	CHIC	5.9	5.7	5.7	5.9

Source : Hospidiag

La notion de zone d'attractivité : un outil encore imparfait pour déterminer le rayon d'action des établissements

La zone d'attractivité est une notion utilisée au niveau national pour comparer les parts de marché avec les établissements de leurs zones ainsi que « *d'appréhender le rayonnement de l'établissement* ». La zone d'attractivité est déterminée par la sélection des zones ayant le recrutement le plus important jusqu'à obtenir 80 % du recrutement total de l'établissement. Ce sont sur ces zones que sont calculées les parts de marché.

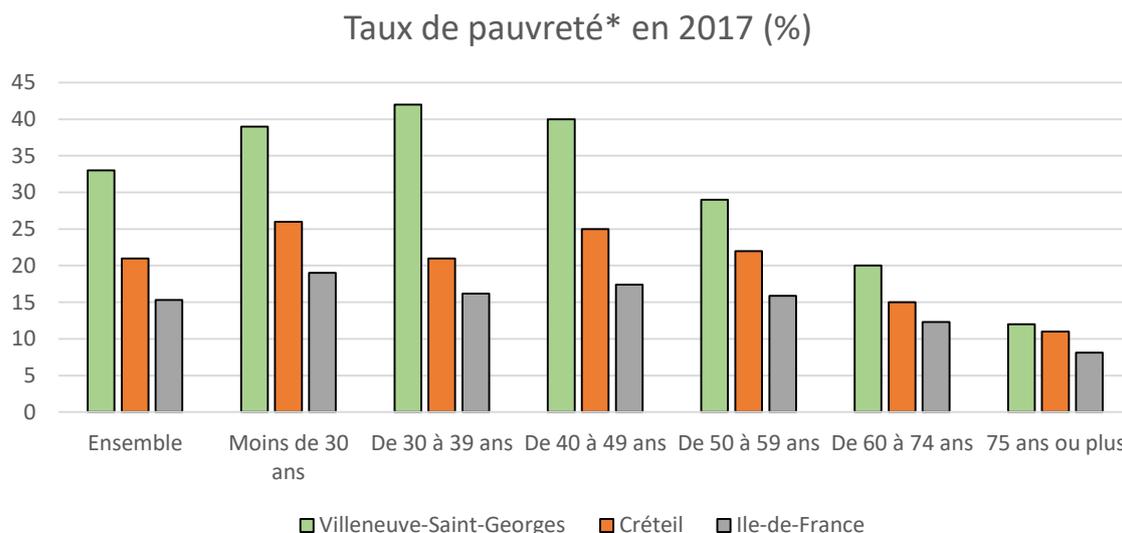
Si cette définition permet d'harmoniser l'étude des parts de marchés des établissements, ce critère est imparfait dans la mesure où il repose sur le remplissage exhaustif des codes géographiques des patients. Par ailleurs, plus la zone d'attractivité d'un établissement est élevée, plus sa part de marché est faible, ce qui ne signifie pas pour autant que le taux de fuite est élevé.

Source : Hospidiag

Au 31 mai 2020, le CHIV avait eu 742 patients hospitalisés COVID + dont 140 patients en soins critiques contre 488 au CHIC dont 78 en soins critiques. Cet écart s'explique notamment par le rôle prépondérant du CHIV dans l'offre de soin dans sa zone d'attractivité, mais pose également des questions socio-économiques. En effet, la population de Villeneuve-Saint-Georges est particulièrement précaire et des corrélations entre précarité et probabilité d'être atteint de la COVID semblent se nouer¹.

¹https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/17/le-coronavirus-c-est-la-double-peine-pour-les-plus-pauvres_6033357_3232.html

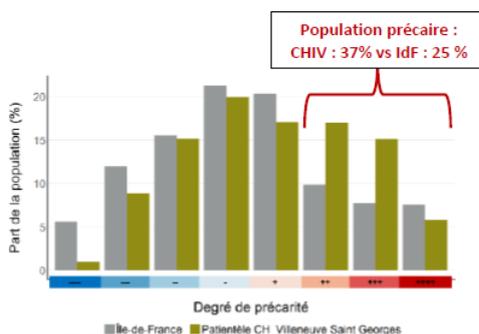
Figure 2 : Taux de pauvreté de la population de Villeneuve-Saint-Georges, Créteil et en Ile-de-France



Source : INSEE

*Taux de pauvreté : « le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée » à 60 % de la médiane des niveaux de vie, « dénommé seuil de pauvreté » (INSEE).

Figure 3 : Répartition de la population selon son degré de précarité pour l'Ile-de-France et la patientèle du CHIV



Source : COPERMO performance du CHIV, Bilan d'étape et mesures complémentaires

En outre, le CHIV étant hôpital de référence sur sa zone de recrutement, il est bien plus souvent amené à traiter les cas de forte sévérité que le CHIC, situé à proximité du CHU Henri Mondor et est moins caractérisé par des activités de soins non programmés.

Tableau 13 : Proportion des cas de sévérité 3 et 4 et pourcentage des entrées en HC provenant des urgences

Type de part de marché	Établissements	2015	2016	2017	2018
Proportion des cas de sévérité 3 et 4 (%)	CHIV	9.68	10.51	11.87	13.50
	CHIC	7.88	8.33	7.65	8.29
Pourcentage des entrées en HC provenant des urgences (%)	CHIV	64.9	66.2	67.2	67.5
	CHIC	58.8	58.3	59.4	60.0

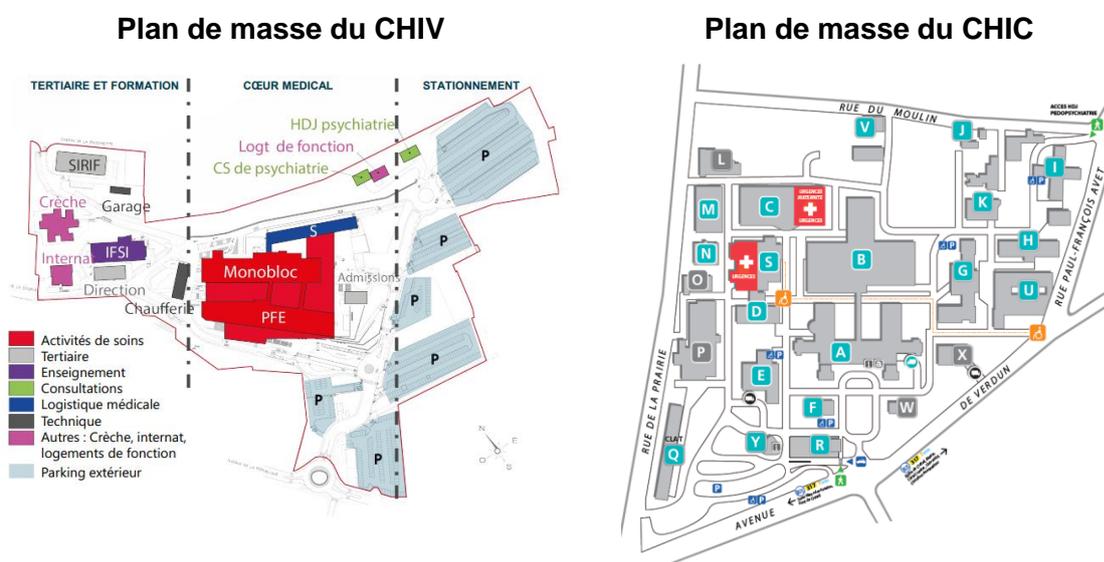
Source : Hospidiag

Enfin, la crise COVID a débuté bien plus tôt au CHIV, qui a accueilli son premier patient COVID le 24 février par rapport au CHIC, qui a accueilli ses premiers patients COVID à partir du 19 mars.

B) L'organisation pavillonnaire du CHIC ainsi que ses espaces de réanimation lui ont permis d'atténuer le choc financier de la crise COVID

La nécessité de réorganiser le circuit du CHIV a eu un impact considérable sur l'activité au CHIV. En effet, le CHIV est constitué de deux blocs : l'immeuble de grande hauteur (IGH) et le PFE. Ces deux bâtiments sont liés par une passerelle. Au fur et à mesure de l'évolution COVID, il a été de plus en plus difficile d'isoler des zones COVID sans fermer des services afin de respecter les normes permettant d'éviter les contaminations associées au séjour à l'hôpital.

Figure 4 : plans de masse des Hôpitaux Confluence



Source : Schéma directeur immobilier du CHIV, 2017 et Communication CHIC 2018.

A l'inverse le CHIC, pavillonnaire, a pu consacrer des bâtiments au COVID tout en maintenant une certaine activité dans d'autres services. Ainsi, les consultations et l'hospitalisation ambulatoire ont pu se poursuivre dans une moindre mesure. Le CHIC, disposant également de deux blocs distincts pour 14 salles, a pu maintenir davantage d'activité chirurgicale semi-urgente alors que le CHIV a consacré la quasi totalité de son bloc à la création d'une réanimation hors-les-murs.

Enfin, le retour à la normale au CHIV a été ralenti par la nécessité d'attendre le départ des patients COVID des salles de blocs et un retour en réanimation quand le CHIC a pu plus rapidement utiliser un de ses blocs pour de l'activité chirurgicale plus classique (MARS, 20/04/2020).

1.2.2 La crise COVID a bouleversé la situation financière des établissements en accélérant leur déclin financier

A) La crise COVID a provoqué une forte dégradation du résultat et du bilan comptable

Le résultat du CHIV et du CHIC est profondément altéré :

- Le CHIC ayant un déficit initial de 1,8 M€ passe à un déficit projeté à 10,6 M€ ;
- Le CHIC avait un déficit initial de 2,7 M€ passe à un déficit projeté à 14,2 M€.

Tableau 14 : Surcoût de la prise en charge COVID établi par comparaison avec l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) (en tenant compte du versement des produits d'assurance maladie tel que calculés en 2019)

Montants évalués		CHIC	CHIV
Charges supplémentaires			
Charge de personnel T1	Prime d'attractivité territoriale	1,2 M€	0,9 M€
	Prime COVID	3,5 M€	2,8 M€
	Renforcement des gardes et astreintes et paiement des heures supplémentaires	2 M€	1,5 M€
Charges à caractère médical T2 (hausse des médicaments...)		0,7 M€	0,7 M€
Charges à caractère hôtelier et général T3 (équipements de protection individuelle...)		1,4 M€	0,6 M€
Charges financières et exceptionnelles T4 (ex : ligne de trésorerie)		0,6 M€	1,3 M€
Recettes/compensation			
Rattaché au produit T1	Compensation prime d'attractivité territoriale (PANN*)	1,2 M€	0,9 M€
	Compensation primes COVID	3,5 M€	2,8 M€
	Compensation du coût COVID (PANN)	1,5 M€	2,8 M€
Versement de l'IFAQ		0,9 M€	0,9 M€
Produit versés par l'assurance maladie T1		-3,6 M€	-6,7 M€
Produit autres de l'activité hospitalière T2 (mutuelles, prestations, ...)		-1,6 M€	-2,4 M€
Produit autres T3 (rétrocession de médicaments, ventes, ...)		-1,6 M€	-1,6 M€
Surcoût net (prise en compte des compensations)		8,8 M€	11,5 M€

Source : Décisions modificatives n°1 du CHIC et du CHIV, DAF

*PANN : produit annoncés non notifiés

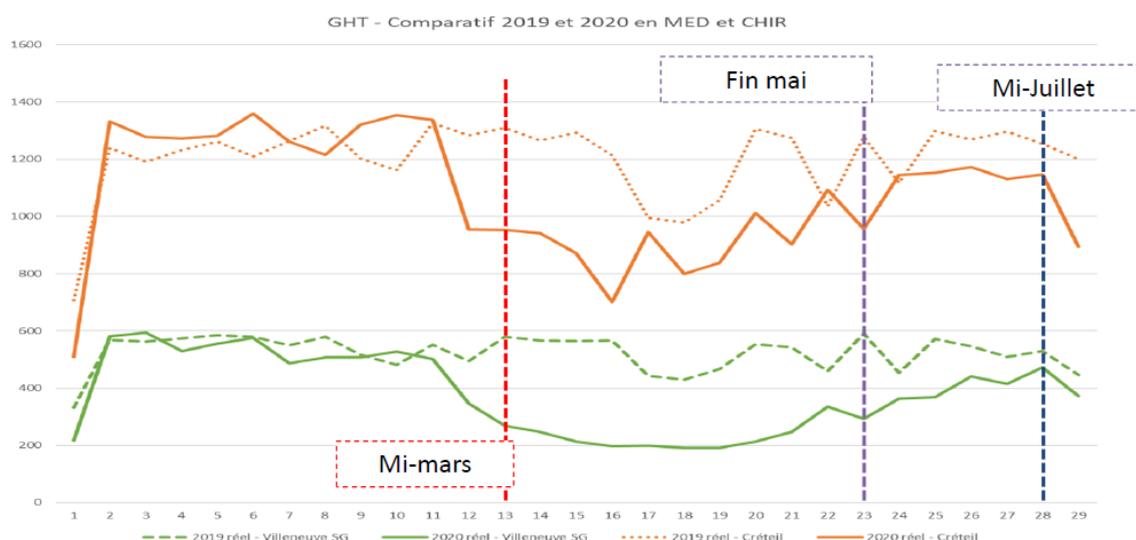
D'un point de vue comptable, le bilan est aussi sensiblement dégradé. Si le décalage des travaux a réduit la part des amortissements en raison de l'arrêt des chantiers, les provisions ont augmenté. En effet, les Direction départementales des finances publiques (DDFIP) avaient pour consigne de cesser les recouvrements des créances possédées par les établissements publics durant la période COVID (ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020). A cela s'ajoute le fait que les moyens d'action des DDFIP durant l'épidémie ont plus généralement été réduits (diminution du personnel sur place, limitation des automates de recouvrement), ce qui pouvait compliquer le recouvrement d'une partie des créances détenues par l'hôpital.

B) Les pertes de recettes liées à la diminution de l'activité

a) La sous exécution de l'établissement prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

L'EPRD 2020 du CHIC et du CHIV prévoyait une augmentation d'activité respective de 0,8 % et d'environ 5 %. L'augmentation de l'activité CHIV était notamment due à la rationalisation de l'hôpital de jour. La période COVID, au-delà de la sous-exécution de l'EPRD, a conduit à une chute importante de l'activité.

Figure 5 : Comparaison de l'activité médicale et chirurgicale 2019 et de l'activité 2020 entre janvier et mi-juillet



Source : Direction des affaires financières – en haut le CHIC, en bas, le CHIV.

L'activité chirurgicale a été fortement touchée par la COVID. Le CHIC a par exemple annulé 2500 interventions mais sa configuration lui a permis de disposer de trois salles de blocs sur 14. A l'inverse le CHIV n'a pas pu conserver autant de salles de blocs ni pu reprendre rapidement son activité. Entre mars et mai, l'activité chirurgicale a diminué de 70 % selon la DAF.

De manière plus générale, l'activité programmée dans sa globalité a subi une diminution en raison de la COVID. Seule l'activité obstétrique est restée stable.

Le versement d'un montant plancher correspondant au résultat de titre 1 de 2019, à savoir les revenus versés par l'assurance maladie, permettra à l'établissement d'assurer un niveau minimal de ces recettes. Cependant, des projets d'investissements ont débuté sur la base d'un EPRD ayant des recettes croissantes. De plus, à la date de juillet 2020, la compensation n'est prévue pour que les produits de titre 1, ainsi que les aides

médicales d'État, services d'urgences et conventions internationales pour les produits de titre 2.

b) Les produits de titre 2 et 3 ont sévèrement diminués en raison de la COVID

Aucune compensation n'est prévue en juillet 2020 pour la perte d'autres produits associés à l'hospitalisation à savoir les produits de titre 2, provenant des mutuelles, et de titre 3, tels que les produits de prestations de services et rétrocessions. Il faut ajouter aux pertes de titre 3 la prolongation de marchés publics parfois défavorable et la non-réception de redevances (services de parking ou encore de cafétéria). Il s'agit donc d'une perte sèche de ressources pour les établissements.

Tableau 15 : Produit des titres 2 et 3 au CHIC et au CHIV projet à la date de fin juin

Projeté à fin juin	CHIC	CHIV
Produit de titre 2	- 1,2 M€	- 1,7 M€
Produit de titre 3 (parking, chambres particulières)	- 0,4 M€	-1,5 M€
Surcoût net	-1,6 M€	-3,2 M€

Source : décisions modificatives n°1 du CHIC et du CHIV

C) L'augmentation des charges

a) Le renforcement des équipes soignantes et logistiques

Le renforcement des équipes médicales, paramédicales et logistiques a été l'un des surcoûts directs de la prise en charge COVID. Au CHIV, une deuxième ligne de garde d'anesthésie ainsi qu'une seconde ligne de garde de réanimation ont été créées dès mars 2020 ainsi qu'une troisième ligne de garde aux urgences. Les services de pneumologie et des unités dédiées au COVID ont également connu un renforcement de la présence médicale. Le surcoût médical total a représenté environ 470 000 €. De la même manière, le personnel paramédical a été renforcé grâce aux augmentations des heures supplémentaires (+74 % sur la même période en 2019 selon la direction des soins) et du recrutement de vacataires (+ 98 % sur la même période en 2019). Au total, les dépenses associées au renforcement du personnel soignant ont représenté 0,9 M€ au CHIV et 2 M€ au CHIC, soit 0,9 % et 1 % des budgets de titre 1 présentés à l'EPRD pour chacun des établissements. Il faut préciser que ces augmentations proviennent tant de l'incertitude sur le degré de gravité de la COVID, les mesures de préventions prises et la rapidité de la dégradation éventuelle de la situation des patients ainsi que du déploiement des lits de soins critiques. Le CHIV a par exemple connu une capacité maximale de 38 lits de soins critiques (contre 18 en temps normal), or les effectifs normés établissent un ratio soignants/patient élevé : deux infirmiers pour cinq patients et un aide-soignant pour quatre patients dans une unité de réanimation, un infirmier et un aide-soignant pour quatre patients dans une unité de soins intensifs cardiologiques (article D 712-109 et D. 712-120 du Code de santé publique).

Enfin, une astreinte logistique a été créée pour répondre aux besoins de l'établissement en équipements de protection individuelle (EPI). Au total, les charges de personnel ont augmenté de 6,7 M€ comparé à l'EPRD.

Tableau 16 : Évolution des charges de personnel du CHIC et du CHIV et compensations suite à la crise COVID

Projeté à fin juin	CHIC	CHIV
Prime d'attractivité territoriale	- 1,2 M€	- 0,9 M€
Prime COVID (Décret n° 2020-568 du 14 mai 2020)	- 3,5 M€	- 2,8 M€
Compensation prime d'attractivité territoriale (PANN)	+ 1,2M€	+ 0,9 M€
Compensation primes COVID	+3,5 M€	+2,8 M€
Surcoût net du renforcement des gardes et astreintes et paiement des heures supplémentaires (Arrêté du 8 juin 2020)	- 2 M€	- 0,9 M€

Source : décisions modificatives n°1 du CHIC et du CHIV

b) Des investissements imprévus pour adapter la configuration de l'établissement

À l'origine fortement dépendants du CHU Henri Mondor, le CHIC et le CHIV n'ont eu d'autre choix de s'équiper pour pouvoir effectuer le dépistage COVID. Les deux établissements ont donc acquis une *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Cet investissement était d'autant plus important que les deux établissements jouent un rôle crucial dans les filières gériatriques des départements de l'Essonne et du Val-de-Marne.

Le CHIC et le CHIV ont peu bénéficié de distributions d'équipements tels des ventilateurs et appareils de réanimation. L'équipement de l'établissement en appareils biomédicaux, dont les respirateurs a représenté plus de 260 000 € d'investissement au CHIV et 560 000 € au CHIC.

Enfin des travaux d'appoints ont été réalisés afin de créer un circuit patient limitant au mieux les risques de transmissions. A titre d'exemple, la mise en place d'un hôpital de campagne a coûté à l'établissement plus de 60 000 € en équipement.

c) Certaines charges de titre 2 et 3 ont augmenté malgré la baisse de l'activité

La consommation mensuelle de médicaments, et en particulier de curares a explosé : elle a été multipliée par sept pour des hypnotiques comme le Midazolam et le Propofol, 12 pour certains curares. Les dépenses de pharmacie ont augmenté de 100 % sur les derniers mois.

La pénurie d'EPI a également conduit le CHIC et le CHIV à se procurer des produits à un prix bien supérieur aux prix habituels du marché (à titre d'exemple, le prix d'un masque

chirurgical a pu atteindre plus de 0,25 € hors taxe (HT) contre 0,04 € HT avant la crise COVID).

Tableau 17 : Évolution des dépenses de titre 2 et 3 au CHIC et au CHIV

Projeté à fin juin	CHIC	CHIV
Dépenses de médicaments	- 0,7 M€	- 0,9 M€
Rétrocession	+1,2 M€	+ 2,8 M€
Achat hors rétrocession	-1,9 M€	- 0,9 M€
Dépenses hospitalières	- 1,4 M€	- 0,6 M€
Dépense nette	- 2,1 M€	- 1,1 M€

Source : Décisions modificatives n°1 du CHIC et du CHIV

D) L'augmentation du provisionnement en raison d'incertitudes juridiques liées au recouvrement et à la facturation des chambres individuelles a contribué à la dégradation de la trésorerie

L'accueil des patients COVID s'est fait dans l'urgence et dans le cadre d'une organisation dégradée des services d'admission et de facturation au sein du CHIC et du CHIV. Au CHIC, l'essentiel de l'équipe d'assistantes sociales ne pouvait être présente tandis qu'au CHIV l'effectif de l'équipe des admissions a quasiment été divisée par deux. Pour les établissements de santé, en particulier ceux accueillant des publics précaires, le lien avec des assistantes sociales constituent une étape nécessaire à la création des droits des patients et sont un maillon crucial pour le paiement des actes par la sécurité sociale, notamment via le système de permanence d'accès aux soins en santé (PASS) ou encore l'enregistrement des patients bénéficiant de l'aide médicale d'Etat (AME). De la même manière, un service d'admission complet permet de mieux recueillir les données relatives à l'identité et l'adresse du patient, facilitant ainsi le recouvrement de la facturation. Pour refléter comptablement les difficultés liées au recouvrement, des provisions supplémentaires dont dû être ajoutées pour parer au risque de dégradation de la facturation, en plus de celui de l'arrêt du recouvrement des créances par la DDFIP (cf. supra). Ces difficultés existant à l'entrée de la chaîne de facturation contribuent à mettre en péril les revenus de titre 1, mais aussi les revenus de titre 2 et 3 pouvant y être associés.

Les recettes relatives aux chambres particulières représentent une source de revenu importante du titre 3. L'activité ayant fortement diminuée et les revenus de titre 2 et 3 étant directement associé à l'activité, les recettes provenant de la facturation de chambre individuelle ont également chuté. La question se pose alors de la sécurité des revenus associés aux chambres individuelles – même faibles à l'échelle d'un établissement. La crise COVID a rendu nécessaire, si ce n'est obligatoire, l'augmentation du nombre de chambre individuelle et le placement de patients suspects ou confirmés COVID+ en

chambre individuelle. Or, la facturation de la chambre individuelle repose avant tout sur le choix du patient. Si ce dernier n'a pas le choix, la chambre individuelle ne doit pas, en théorie, être source d'un supplément facturé. Les Hôpitaux Confluence n'étaient pas en mesure de discerner avec certitude dans quel cas la sécurité et la prévention ont été la source des placements en chambre individuelle et dans quels cas il s'agissait d'une demande des patients. Quand bien même il s'agissait d'une demande des patients, il n'est pas certain que ce dernier ait effectivement eu un choix à faire dans le contexte sanitaire lié à l'épidémie, ce qui pourrait remettre en cause la facturation des chambres individuelles.

La DAF a donc provisionné pour faire face à l'incertitude juridique entourant la facturation des chambres individuelles et prévoir d'éventuels remboursements des chambres individuelles. La constitution des provisions a eu pour conséquence la dégradation de la trésorerie.

E) L'activité COVID : une activité a priori insuffisamment rémunérée

La maladie COVID n'a pas donné lieu à la création d'un groupe homogène de malade (GHM) mais a été rattaché à des GHM existants. Au CHIC, les GHM majoritaires étaient les suivants :

Tableau 18 : GHM majoritaires auxquels ont été associés les séjours COVID

GHM	LIBELLE
04M071	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
04M072	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3
04M074	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4
04M07T	Transferts et autres séjours courts pour infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans

Source : Direction de l'information médicale du CHIC

Ces GHM, une fois les coûts classiques, autrement dit hors période COVID, comparé au tarif associés montrent une activité par nature déficitaire.

La comparaison de l'Étude nationale des coûts (ENC) et des tarifs nationaux

L'ENC est une enquête dont le but est de définir les coûts de prise en charge moyen par type de prestation. L'ENC prend en charge des coûts directs et indirects dont les coûts de structures. Les tarifs nationaux sont notamment établis à partir de l'ENC. L'ensemble de ces coûts n'ont pas vocation à être pris en charge par les tarifs nationaux. Par exemple, les coûts associés à la réanimation, soins intensifs et surveillance continue sont pris en charge via le versement de suppléments.

Tableau 19 : comparaison des coûts et tarifs au CHIC sur les patients accueillis de 15 mars au 15 juin 2020**

GHM	Sévérité	Nb	DMS Nationale	DMS CHIC	Bornes hautes	Ratio	ENC	ENC jour	ENC appliqué (1)	Tarif (2)	(2) – (1)
04M071	1	45	4	2	10	10%	2 040 €	510 €	1 020 €	2 592,48 €	1 572,5 €
04M072	2	84	8,3	5,1	18	19%	4 199 €	506 €	2 580 €	4 142,39 €	1 562 €
04M073	3	191	13	11,7	27	44%	5 810 €	447 €	5 229 €	5 927,90 €	698,9 €
04M074	4	60	19,5	20,2	47	14%	9 701 €	497 €	10 049 €	7 869,20 €	-2 180, €
04M07T	T	37	0,7	0,8	0	9%	702 €	1 003 €	802 €	604,29 €	-198,0 €

Source : Direction de l'information médicale, ENC2017 ATIH, Tarif 2019

** Afin de comparer ENC et tarifs, les coûts pris en charge par les suppléments seront retirés.

Si les coûts de prise en charge du CHIC et du CHIV étaient ceux de l'ENC, la prise en charge des patients COVID serait excédentaire pour les prises en charge de sévérité 1 à 3. Or, comme nous l'avons vu précédemment, un grand nombre de ressources ont été associées pour la période COVID allant au-delà des coûts standards au sein de l'étude nationale des coûts.

- Dans les services où il y avait une IDE pour 8 à 16 patients, le ratio est passé à une infirmière pour trois à quatre patients dans des services pourtant considérés comme classiques, à savoir sans surveillance continue ou soins intensifs ;
- Les coûts indirects de logistique générale ont augmenté avec le renfort des équipes logistiques, etc.

*

* *

Si les entreprises défaillantes disposent en réalité de fragilités préexistantes, il existe aussi, très souvent une ou plusieurs sources directes de la défaillance.

Les principales causes de défaillance (INSEE, Blazy, Combié 1998)

Les problèmes de débouchés : pertes de parts de marché, de clients... ;

La stratégie de l'entreprise : échecs de projets importants et acceptation de marchés peu rentable... ;

Les coûts et structure de production : coût d'exploitation trop élevé (hors frais de personnel), surinvestissement ou sous-investissement... ;

Les difficultés financières : déficit de ressources propres, refus de prêt à l'entreprises, taux d'intérêts supportés par l'entreprise trop élevés, etc ;

Les problèmes d'information et de management : incompétence, système déficient, etc. ;

Les causes accidentelles : litiges avec des partenaires, malversations, escroqueries, etc ;

Les facteurs macro-économiques de fragilité : cas de force majeure, hausse de la concurrence sur et hors les prix, politique publique moins favorable au secteur, etc.

Dans le cas des Hôpitaux Confluence, le risque de défaillance provient ainsi de la somme de performances économiques mitigées et des conséquences immédiates de l'épidémie :

Tableau 20 Bilan des éléments favorables à la défaillance des Hôpitaux Confluence

Coûts de structure et de production	Sous-investissement au CHIC et au CHIV associé à un taux de vétusté important selon les bâtiments.
Difficultés financières	Ratios financiers défavorables Effets ciseaux engagés et renforcés par la COVID-19
Problème de débouchés	Réduction de la fréquentation des hôpitaux prolongée par le contrôle de produits nécessaires à la reprise d'activités plus rentables Fin de crise correspondant à la période des vacances scolaires
Facteurs macro-économiques de fragilité	Crise COVID Nécessité pour les établissements d'avancer les fonds en l'absence de politiques publiques de soutien financier immédiat

La crise COVID a renforcé les difficultés du CHIC et du CHIV qui ne semblaient pas avoir d'autres choix que de creuser leur déficit pour faire face à la situation. En effet, leur situation financière déjà dégradée (manque de trésorerie, ratios financiers défavorables) ne leur donne pas suffisamment de marges de manœuvre ou « organisational slack » pour faire face.

Il s'agit alors pour la direction des affaires financières de trouver les outils pour permettre à l'hôpital de poursuivre son activité et ses projets sans connaître une défaillance complète.

2 Le contrôle financier de l'établissement a été adapté à la crise mais n'a pas suffi à assurer un futur serein à moyen terme aux établissements

Les Hôpitaux Confluence étaient déjà dotés d'outils de suivi de gestion qui ont été réaménagés au moment de la crise COVID pour déterminer et acquérir les ressources dont les établissements avaient besoin (2.1.). Cependant, les marges de manœuvre dégagées sont restées temporaires, posant à la DAF un double défi : trouver des ressources pérennes et s'adapter à la modification de ses missions (2.2).

2.1 Les outils de suivi et de gestion de la DAF ont été ajustés aux exigences de la crise COVID

Le contrôle de gestion est, par définition, un processus de pilotage global permanent (Cappelletti et *al.*, 2014) à l'inverse de l'audit qui est ponctuel. Il fait partie intégrante du pilotage et du management. Selon Laurent Cappelletti, Docteur en gestion, « *le pilotage est entendu comme le fait d'observer le déroulement en cours d'une action et de le comparer avec l'action visée pour prendre à temps les décisions correctives. La qualité du pilotage dépend de la capacité du pilote à identifier les actions correctives à partir des informations dont il dispose* ». L'objectif du contrôle de gestion est de donner la capacité à prendre au bon moment les décisions nécessaires pour permettre à l'organisation de perdurer.

Au sein du CHIC et du CHIV, cela s'est traduit par le rapprochement des espaces de dialogues – formels et informels – afin que la DAF puisse adapter ou développer de nouveaux outils (2.1.1.) maintenir la trésorerie et répondre aux besoins nés de la crise COVID et aux exigences des créanciers (2.1.2), en s'appuyant parfois sur des ressources moins connues (2.1.3).

2.1.1 Le suivi d'activité et les dialogues de gestion resserrés de la DAF ont été mis au service du management de crise

A) Le suivi d'activité menée par la DAF : un outil renouvelé d'accompagnement du changement

Au sein des Hôpitaux Confluence, la DAF était la seule direction à-même de consolider les données et de produire des éléments d'objectivisation de la crise. Pour Karl E. Weick, théoricien des organisations, la description de ce qui est réalisé au sein de l'organisation est ce qui permet à ses membres de construire leurs pensées et leurs projets autour du fonctionnement de cette dernière. Autrement dit, le partage des activités de l'organisation

permet aux agents de donner du sens aux activités quotidiennes et est source de motivation pour les personnels. Afin de construire du sens (*sense-making*) puis de s'organiser (*organizing*), il faut des éléments à partager permettant à chacun des agents de construire ou d'interpréter leur réalité (Maurel, 2010). Or, « faire sens » est de première importance en période de crise.

La DAF émet traditionnellement des données provenant du contrôle de gestion et a pu chercher à démontrer, par les chiffres, un état de fait. Hors période de crise, ces données étaient davantage utilisées dans un objectif strictement financier, de réflexion autour de la restructuration des services, afin d'arbitrer des conflits de stratégie, ou encore d'aider à la décision. La crise COVID a renouvelé le rôle de la DAF concernant la production de sens dans la mesure où les données obtenues ont aussi servi à la compréhension locale de l'épidémie. Les remontées quotidiennes d'activités effectuées par la DAF sur l'accueil des cas COVID aux urgences, le nombre d'hospitalisation (cf. figure 5) et le nombre de décès, diffusées notamment via la direction de la Communication, ont permis à chacun de se positionner clairement sur l'importance de l'épidémie au sein des Hôpitaux Confluence.

L'analyse du nombre de cas et de leur gravité grâce au contrôle de gestion, en partenariat avec le département de l'information médicale (DIM), a facilité la réorganisation de l'établissement au fur et à mesure que des données étaient transmises. Grâce à ses outils, la DAF a soutenu l'adaptation des Hôpitaux au COVID. Les réorganisations opérées par le CHIV et la CHIC durant l'épidémie n'étaient pas que des modifications suite à des directives nationales ou régionales via l'ARS Ile-de-France. Elles n'étaient pas non plus l'objet d'un ressenti et d'une pression intériorisée ou non-identifiable. L'information chiffrée a permis à chaque agent d'entamer un processus de « construction de sens » plus objectif et consensuel. La DAF a donc su faire évoluer son rôle, en facilitant la réorganisation du CHIC et du CHIV et en prévenant des conflits grâce à la diffusion de données objectives.

B) Les liens entre les directions dépendantes et la DAF ont été renforcés

a) *Les dépenses de titre 2 et 3 ont été rapidement estimées et prises en charge grâce aux échanges formels et informels entre la DAF et les autres directions*

Le dialogue de gestion au sein des hôpitaux Confluence est, en temps normal, relativement espacé et informel. Il repose sur l'information de la DAF des différents projets menés voire le portage de certains auprès de la tutelle comme celui de la rénovation de l'immeuble de grande hauteur (IGH) du CHIV datant des années 1960.

L'épidémie COVID a modifié les chaînes de décision, les questions financières étant moins prioritaires. C'est dans le cadre des comités de direction (CODIR) que les directions échangeaient sur leurs dépenses d'urgences à venir, comme l'achat de PCR pour le CHIC et le CHIV, le renforcement des outils de réanimation ou l'approvisionnement massifs en blouses à usage unique (pour plus de 500 000 €). Ces informations sous ce format sont ambivalentes. Elles assurent l'information de la DAF sur les importantes décisions à venir mais lui ont enlevé une partie de son influence dans la prise de décision.

La crise COVID a été l'occasion de la mise en place d'un dialogue de gestion resserré, censé compenser la modification des chaînes de décision. Chaque direction, via ses gestionnaires, faisait remonter les dépenses exceptionnelles mises en place pour répondre aux besoins des unités de soins (cf. annexe 2). Ces discussions ont permis d'estimer rapidement les dépenses mises en place et ainsi évaluer les surcoûts de la crise pour chaque direction. La DAF consolidait et contrôlait ces dépenses afin que soient isolées les dépenses COVID. Ce contrôle avait deux objectifs principaux. Premièrement, la DAF devait s'assurer de l'absence d'effet d'aubaine. Dissocier les dépenses COVID a permis de responsabiliser les directions dépensières, chacune devant d'ailleurs poursuivre un suivi strict de ses dépenses « hors COVID » afin de se préparer à des temps difficiles en raison de l'augmentation annoncée du déficit. Deuxièmement, les surcoûts présentés par les Hôpitaux Confluence devaient être justifiés dans le détail pour obtenir, au moins de la part de l'ARS Ile-de-France puis dans le cadre d'un dispositif national, une compensation des coûts provoqués par l'épidémie. Une exagération des dépenses aurait nuit à la crédibilité de l'établissement et ralenti le versement de fonds de compensation. Les processus de contrôle, dont la DAF a représenté un acteur essentiel, ont permis au CHIC et CHIV de présenter, de manière précoce et sérieuse, les dépenses associées uniquement à la crise.

b) Les dépenses de titre 1 ont été les plus importantes durant l'épidémie, davantage en raison des mesures de revalorisation que de la modification des équipes

Le rapprochement de la direction des ressources humaines (DRH) et de la direction des affaires financières a pu permettre à la DAF de réagir en amont à l'accélération des dépenses de titre 1. Cette progression, remontée dans le cadre des enquêtes de la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) et auprès de l'ARS Ile-de-France, est par ailleurs relative puisque les dépenses de personnel supplémentaires liées directement au COVID ne sont que de 0,9 M€ au CHIV et de 2 M€ au CHIC alors que les équipes médicales et paramédicales dans les unités COVID ont été parfois doublées. Ce surcoût limité s'explique par le fait que les recrutements en contrats à durée déterminée et

vacations ont été presque les mêmes que les années précédentes mais utilisés de manière différente. Au lieu que ces recrutements soient disséminés sur l'ensemble des établissements, ils ont été concentrés au sein des services de soins COVID.

Le contrôle de gestion en ressources humaines (RH) a permis d'aboutir à deux constats : premièrement, le coût du renfort en personnel médicaux et paramédicaux ne représentait pas l'essentiel des coûts de prise en charge COVID ; deuxièmement, les Hôpitaux Confluence n'étaient pas capables de prendre en charge seuls et directement le paiement de la prime COVID dans un contexte forte hausse des dépenses et de chute des recettes.

Le versement de la prime COVID a représenté un coût plus important que les renforts de personnels. Les prévisions effectuées par la DRH et par la DAF ont pu établir le coût de la prime COVID à 3,5 M€ pour le CHIC et 2,8 M€ pour le CHIV. Cette estimation a permis d'anticiper les difficultés de financement entre la mi-février et le mois de mai 2020. Dès les premières annonces, la DAF et la DRH ont déterminé le montant maximum pouvant être versé au titre de la prime COVID en faisant une évaluation des personnels présents durant la crise, pondérée pendant le taux d'absentéisme durant la période COVID. Ce montant a ensuite été ajusté au fur et à mesure que le décret se précisait (notamment sur les modalités de prise en compte de l'absentéisme). Une fois les montants établis, la DAF a comparé les montants à verser avec sa trésorerie disponible suite à la crise, ce qui l'a conduit à recourir à l'ouverture de nouvelles lignes de trésorerie.

Le contrôle de gestion assuré par la DAF a également permis de mettre en regard les surcoûts COVID avec la baisse d'activité, cette dernière étant la source principale des difficultés des hôpitaux à garantir le paiement des rémunérations supplémentaires (cf. tableau 11). Cette comparaison a été traduite dans l'établissement de la décision modificative (DM), dont l'objectif est de modifier le budget initial en ajustant les prévisions au plus près de la réalité de l'exécution en cours d'année.

C) La DM a été l'occasion d'établir des scénarii de reprise de l'activité et établir les besoins à moyen et long termes des hôpitaux

a) *La DM a représenté la consolidation et la conclusion financière – espérée – de la crise COVID*

Aucun scénario de reprise d'activité ne permet aux Hôpitaux Confluence d'envisager raisonnablement de ne pas dégrader leur bilan financier. En effet, la garantie de financement mise en place ne revient qu'à assurer le revenu 2019. Cette garantie correspond à une compensation stricte des produits de titre 1 (ou produits versés par l'Assurance maladie), indépendamment des projections inscrites à l'EPRD pour 2020 et

pour lesquelles des montants ont été engagés en amont. Il n'existe aucune compensation du T2, hors aide AME et service d'urgence (SU). Si des avances très partielles ont pu être demandées à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ces dernières devront être remboursées. Selon l'évaluation de la DAF en juin 2020, les Hôpitaux Confluence devraient augmenter leur activité de 30 % par rapport à l'EPRD, sur les six derniers mois de l'année pour ne rattraper que le retard pris sur les revenus T2.

La DM a été l'occasion de consolider l'ensemble des informations obtenues auprès des différentes directions sur leurs dépenses, mais aussi auprès de services comme la pharmacie ou le laboratoire. La préparation de la DM a constitué un exercice de dialogue de gestion plus formel et bienvenu, étant donné l'assouplissement des circuits de décision pendant la crise. En effet, grâce à un échange ayant porté sur les dépenses passées, présentes et futures liées au projets à court et moyen termes, la DM a permis d'aller au-delà de la crise COVID. Elle a permis d'agir sur d'autres leviers de financement, dont la possibilité de reporter l'engagement de dépenses diverses de travaux et d'équipements. Les reports de ces engagements, quand ils sont possibles, font partie des leviers qui permettent de limiter les incidences de la crise COVID sur la trésorerie des Hôpitaux. Un arbitrage devra avoir lieu entre les différents projets prévus avant l'épidémie. Les investissements auxquels des engagements de dépenses n'ont pas été associés seront revus à la baisse à moins d'un renfort des aides régionales et nationales.

b) La préparation en amont des données relatives aux conséquences financières de la COVID a permis aux Hôpitaux Confluence de faire remonter précisément ses besoins à la tutelle

L'ARS Île-de-France a très tôt été le réceptacle des difficultés financières des établissements. Il a été difficile, pour les centres hospitaliers hors AP-HP, de se faire entendre alors qu'ils ne représentent individuellement qu'une part limitée des crédits alloués en Île-de-France. A titre indicatif, l'AP-HP représente près de 47 % de la T2A régionale publique et près de 40 % des passages aux urgences (Source : DIAMANT). Du fait de sa prépondérance dans la région Ile-de-France, il est d'autant plus compliqué pour les centres hospitaliers (CH) hors AP-HP de faire entendre leurs besoins et d'obtenir les crédits correspondant aux efforts effectués pour la prise en charge COVID. Il faut ajouter que l'absence d'organisation formelle des établissements hors AP-HP ne joue pas en faveur de ces derniers lors des échanges quant à la répartition des crédits de prise en charge COVID. Chaque CH défend de manière indépendante sa situation et prouve la nature de sa participation à la prise en charge des malades de la COVID.

La préparation du recueil des données assurées par la DAF via un dialogue de gestion resserré a facilité les liens avec l'ARS dans la mesure où les Hôpitaux Confluence ont pu démontrer avec précision les dépenses effectuées et leurs besoins. Cela a permis d'obtenir, même de manière informelle, des outils de prévisions sur la gestion nationale de la crise par le ministère de la santé mais aussi la confirmation de produits annoncés non notifiés(PANN).

Cela démontre l'intérêt de maintenir un contrôle de gestion relativement fin, même par temps de crise et d'innover dans la manière dont il est mené. Il met l'établissement en capacité de demander des crédits mais aussi de prendre des décisions stratégiques solidement étayées dans un contexte difficile.

2.1.2 La mise en place, par la DAF, de lignes de trésorerie supplémentaires et essentielles, a contribué à dégrader le bilan des établissements

A) Les scénarii les plus optimistes prévoyaient une trésorerie négative sans action correctrice

L'annonce de la prime d'attractivité territoriale avant la crise puis de la prime COVID, ainsi que les renforts de personnels, ont entraîné une hausse immédiate des dépenses de titre 1 de 4,5 M€ au CHIC et de 6,7 M€ au CHIV. Or, les deux établissements étaient dans une situation fragile avant la crise COVID, comme vu précédemment. Le CHIC et le CHIV se sont donc rapidement trouvés dans d'importantes difficultés de trésorerie.

Au 30 mars 2020, les prévisions à fin d'année, en tenant compte des charges nouvelles, de la baisse des recettes et malgré une version optimiste de la reprise d'activité démontraient que les hôpitaux disposaient d'une trésorerie négative dès le mois de juin de -2,55 M€ pour le CHIC e de -2,6 M€ au CHIV avant la mise en place d'actions de correction pour assurer un niveau de trésorerie suffisant.

B) La préparation de la DM a confirmé la nécessité pour les établissements de faire appel à l'emprunt pour poursuivre leur activité

Les Hôpitaux Confluence ne disposaient que de peu marges de manœuvre en début de crise comme nous l'avons vu précédemment. Si les deux dégageaient des marges brutes plutôt élevées, ils étaient déjà soumis à des emprunts très lourds qui ne laissaient que peu de possibilités et, en tout état de cause, ne leur permettaient pas de subir une crise de nature financière sans aides.

a) *Les Hôpitaux Confluence ont d'abord fait appel aux groupes bancaires*

La DAF a dû se constituer des marges de manœuvre dans l'attente d'annonces d'aides nationales éventuelles, notées au bilan comme PANN et, surtout, du versement des aides annoncées. Cela s'est traduit par la constitution de différentes lignes de trésorerie. La gestion scrupuleuse de la trésorerie a permis à la DAF de détecter de manière rapide la perte d'activité et le manque à gagner associé. Cela a permis aux Hôpitaux Confluence de démarrer très tôt les discussions avec les organismes de crédit. La situation pré-crise des Hôpitaux, en particulier celle du CHIV, a eu pour conséquence de complexifier les négociations pour l'ouverture de ces lignes. Le taux d'endettement du CHIV explique pourquoi il n'a pas bénéficié d'autant de lignes de crédit que le CHIC. Le GHT a cependant été bénéfique à l'Hôpital de Villeneuve qui, au vu de son endettement, aurait pu faire face à un refus total des organismes bancaires.

La mise en place de la trésorerie de GHT : un outil de négociation supplémentaire des établissements auprès des fournisseurs de crédits

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dite loi « Ma santé 2022 » autorise les établissements à « *mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État* ». Autrement dit, les établissements peuvent maintenant se soutenir financièrement en partageant de la trésorerie, en théorie.

Cette nouvelle disposition a été en faveur du CHIV lors de la négociation des lignes de trésorerie et prêts. En effet, le CHIV étant en GHT avec un établissement disposant de ratios financiers plus favorables, la possibilité d'un éventuel soutien du CHIC récemment ouverte, bien qu'elles doivent encore être accompagnés de textes d'application a contribué à rassurer les banques.

Au CHIC, deux lignes de trésorerie ont été constituées, de 5 M€ chacune, ainsi qu'un emprunt à court terme, sur trois ans de 4 M€. Le CHIC bénéficiait par ailleurs d'une ligne de trésorerie historique de 4 M€ qui a été mobilisée. Le CHIV en raison de sa situation financière plus difficile n'a pu obtenir qu'une ligne de trésorerie ainsi qu'un emprunt à court terme sur trois ans de 3 M€. Le CHIC et le CHIV ont donc pu se constituer des marges de manœuvres directes respectives de 14 M€ (hors ligne de crédit historique) et 8 M€.

Cependant, il convient de noter que ces négociations ne sont pas rapides et il fallait déjà pourvoir à la situation urgente, à savoir la détérioration rapide de la trésorerie, qui était née au bout du premier mois de l'épidémie COVID.

- b) *Les Hôpitaux Confluence ont ensuite fait appel aux partenaires publics en demandant le report des charges sociales.*

Si la trésorerie obtenue par l'emprunt pouvait permettre de compenser la perte d'activité, les Hôpitaux Confluence devaient se donner les moyens de régler la prime COVID tout en assurant le renfort des personnels nécessaires dans l'attente de l'accord des groupes bancaires et des négociations associées. Le CHIC et le CHIV ont donc demandé aux Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) le report des charges sociales ce qui leur a permis de dégager, pour une durée de 3 mois, 3,5 M€ de trésorerie au CHIV et 4,5 M€ au CHIC. Il convient de préciser qu'il ne s'agit que d'un report de charges sociales. Ce report, obtenu en mars, sera remboursé par les Hôpitaux Confluence dès juillet 2020.

2.1.3 La DAF s'est appuyée sur des ressources annexes pour s'assurer du maintien de la trésorerie

- A) La DAF joue un rôle crucial dans l'exécution de la garantie relative à la perte d'activité

Certains établissements font le choix de prendre une assurance relative à la perte d'activité, souvent inclus dans le contrat dommages aux biens. Cela est le cas du CHIC et du CHIV, au sein desquels les assurances dommages aux biens sont gérées par la DAF.

La perte d'activité étant certaine, la DAF a très tôt fait le choix de se retourner vers son assureur afin de savoir dans quelle mesure cette perte d'activité pouvait être prise en charge. Ce contrat comporte une garantie selon des sinistres préétablis (incendie, inondation, catastrophe naturelle, etc.), mais aussi une « extension de garantie ».

Extrait du contrat d'assurance :

« La garantie des frais généraux permanents, frais supplémentaires d'exploitation et pertes de recettes des activités médicales et subsidiaires, est accordée après chacun des événements couverts dans le contrat de dommages aux biens, à l'exception du vol.

La présente garantie sera étendue aux conséquences :

- *D'une fermeture administrative de services hospitaliers ;*
- *De l'impossibilité d'accès aux installations de l'assuré ;*
- *D'une carence de fournisseurs ».*

L'extension de garantie était soumise à interprétation quant à savoir si l'extension de garantie ajoutait trois éléments supplémentaires dans lesquels la perte d'activité pouvait déclencher la mise en œuvre de la garantie, ou, au contraire, ne jouait que dans les sinistres préalablement prévus aux contrats. Le premier cas était le plus favorable à

l'hôpital et il est rapidement devenu sensible que la DAF parvienne à obtenir l'exécution de l'extension de la garantie « perte d'exploitation » de la part de son assurance.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la garantie d'exploitation, le rôle de la DAF sera de suivre de près les évolutions juridiques des litiges en cours et de négocier l'étendue de la prise en charge de la perte d'activité. Un référé (T. com. Paris, 22 mai 2020, n° 2020017022) a reconnu que la fermeture administrative ne provenant pas d'un sinistre prévu par le contrat pouvait amener à compenser une perte d'exploitation. Si cette ordonnance venait à être confirmée, l'hôpital pourrait se retourner contre son assureur concernant la fermeture administrative de services hospitaliers, mais aussi de la carence de fournisseurs. Sous l'importante réserve que l'épidémie puisse être considérée comme un sinistre couvert par la garantie perte d'exploitation, il pourrait être soutenu qu'une carence des fournisseurs imputable à cette épidémie est couverte. Dans ce cas, la réduction des activités en bloc opératoire pourrait être indemnisée au titre de perte de recettes imputable à un sinistre garanti si l'établissement peut lier la baisse de cette activité au contingentement de certains produits comme les curares et autres produits anesthésiques. Cela pourrait être démontré sans difficulté en raison des messages d'alerte rapide sanitaire (MARS) soulignant le contingentement desdits produits. En outre, le surcoût provenant de l'augmentation des prix pourrait être indemnisé à titre de frais supplémentaires d'exploitation, soit toutes dépenses supplémentaires engagées par l'établissement en vue de maintenir ou de poursuivre son activité de service public, et de réduire les pertes d'exploitation.

En plus du suivi des avancées de ce contentieux qui pourrait faire jurisprudence, il s'agira aussi de savoir si l'épidémie COVID vient à être reconnue catastrophe naturelle. Cette qualification mettrait certes en péril les assureurs mais faciliterait sans nul doute la mise en œuvre de la garantie perte d'exploitation pour les hôpitaux publics.

Si l'ordonnance du Tribunal de commerce était confirmée, le rôle de la DAF serait d'évaluer les pertes pouvant être compensées par la garantie mise en jeu. Elle serait la direction à-même de présenter à l'assureur l'état de la perte et de démontrer, voire négocier avec lui le versement de compensation.

Ici, les Hôpitaux Confluence disposent d'une configuration qui peut sembler particulière puisque la gestion de l'assurance est confiée à la DAF. Elle peut parfois être comprise au sein de la direction des achats. L'enjeu que représente l'exécution de la garantie « perte d'exploitation » montre l'importance pour la DAF de maîtriser ou de s'appuyer sur des compétences juridiques.

B) La DAF a su utiliser le *branding* et le mécénat, au service des Hôpitaux Confluence

Les choix de communication ont été très variés selon les établissements durant la période COVID. Le CHIC et le CHIV ont fait le choix de partager les actions mises en œuvre au sein de leur établissement via les réseaux sociaux. Une communication importante a été menée afin de mettre en lumière l'action des soignants tant au sein de l'établissement, qu'à l'extérieur de ce dernier. Des évènements spécifiques et les interventions médicales ont été mis au service de la visibilité des Hôpitaux Confluence par la direction de la Communication.

Le rôle de la DAF a ensuite été de capitaliser sur ces actions afin de monter les dossiers de demande de fonds. Le fonds de dotation CHIC Idée, créé antérieurement à la crise COVID, s'est révélé être l'un des outils de développement du mécénat. Il a été d'autant plus utile que certains donateurs de la crise COVID faisaient de l'applicabilité du décret du 11 février 2009 une condition de versement des dons.

Le fonds de dotation

Le fonds de dotation *CHIC'Idée* a été créé le 05 mars 2015 et est soumis à la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie et au décret du 11 février 2009 relatif aux fonds de dotation.

Il a pour condition d'existence la réalisation d'une mission d'intérêt général ou l'aide à un autre organisme à but non lucratif à accomplir une œuvre d'intérêt général en lui accordant des financements. Il favorise le mécénat dans la mesure où les dons ou legs ouvrent droit à une réduction d'impôt sur le revenu de 66 %.

Le fonds de dotation a pour caractéristique d'être une structure de recueil de dons la plus facile à créer avec des conditions similaires à celles d'une association loi 1901. Le fonds de dotation semble être aujourd'hui la structure favorisée par les établissements hospitaliers (Heyrman, 2018).

La DAF a préparé de nombreux dossiers de demandes de fonds auprès des structures et associations se proposant de soutenir les hôpitaux durant la crise COVID. Ces demandes ont été l'occasion de mettre en lumière la difficulté que peuvent avoir des établissements hors AP-HP à faire reconnaître leur besoin. En effet, les hôpitaux de grandes banlieues ont semblé méconnus des grandes associations et fondations et il a été nécessaire de signifier les différences en termes de revenus et équipement entre les établissements de l'AP-HP et les établissements hors AP-HP.

Le CHIV et le CHIC ont ainsi reçu des aides en nature, permettant de soulager le quotidien des soignants, et des aides financières leur permettant de compenser des investissements imprévus.

*

* *

Afin d'assurer son financement de manière urgente et bien que des compensations aient été annoncées, les établissements n'ont eu d'autres choix que de dégrader leur trésorerie et leur bilan en alourdissant leurs dettes. Cela leur a permis d'éviter la défaillance via l'emprunt sans certitude du montant des contreparties qui leurs seront versées par les autorités sanitaires nationales et régionales courant 2020. En effet, la prime COVID et la prime d'attractivité avait été versées aux soignants par les Hôpitaux Confluence sans certitudes claires d'une prise en charge de l'Etat et du montant versé. Les établissements ont dû avancer des sommes conséquentes tout en assurant leur fonctionnement. Ce sont autant de trésorerie et de gestion qui ne sont possibles que grâce aux marges de manœuvre dégagées par les Hôpitaux Confluence. L'approche darwiniste de l'hôpital public trouve son illustration dans les choix de la DAF en situation de crise qui sont, en grande partie, des solutions trouvées dans l'attente d'une modification de l'environnement et des politiques publiques sanitaires. Ce ne sera qu'à moyen terme que la DAF pourra retrouver plus de maîtrise, notamment lors de la réalisation des arbitrages relatifs aux investissements et dans la conduite d'une stratégie de performance et d'attractivité qui devra être menée.

2.2 La DAF pourra revenir à ses missions d'aide à la stratégie et aux arbitrages, après l'épidémie, mais dans un contexte fortement incertain

La DAF devra faire le bilan financier de la crise afin d'établir la capacité d'investissement après la crise mais aussi être attentive aux évolutions des critères de construction et de rentabilité des investissements alors même que des réflexions sur le financement des établissements sont en cours (2.2.1). A moyen terme, la DAF devra de nouveau s'orienter sur la stratégie d'attractivité de l'établissement pour soutenir les investissements déjà engagés (2.2.2) alors que l'incertitude demeure sur le rôle qu'elle aura à jouer suite au Ségur de la santé (2.2.3).

2.2.1 L'évaluation, par la DAF, des perspectives du COPERMO au CHIV et des investissements à réaliser dépendra des choix de politiques publiques à venir

A) La question se pose de l'avenir du COPERMO au CHIV et de la poursuite des investissements majeurs et de mise aux normes de sécurité et incendie

a) *La nécessité d'effectuer des travaux de rénovations majeurs...*

Le CHIV s'est lancé dès 2017 dans la préparation d'un projet nécessaire de modernisation l'IGH. Le Monobloc est un bâtiment érigé entre 1965 et 1970 et n'ayant pas bénéficié d'une maintenance régulière lui permettant de suivre l'évolution des normes de sécurité établies après sa construction. Par ailleurs, il n'a pas ou peu suivi le mouvement d'humanisation des hôpitaux des années 1970, à savoir la réalisation de travaux permettant d'accueillir dans des meilleures conditions les patients (chambres individuelles, salles de bain privatives, etc.). La rénovation de l'IGH était la contrepartie du COPERMO performance débuté en 2014, les économies et restructurations réalisées devant permettre de dégager durablement des ressources finançant des travaux d'ampleur. Ce projet, de plus de 80 M€, avait déjà permis le versement par l'ARS Ile-de-France de 13 M€. Si cette avance avait été initialement sanctuarisée, elle a été mise au service de la gestion COVID en contribuant à limiter les impacts la crise COVID sur la trésorerie du CHIV.

Les emprunts contractés par le CHIV, au-delà des lignes de trésorerie devant être remboursés à court terme, limitent encore davantage sa capacité à emprunter auprès d'organismes bancaires pour réaliser un projet dont la nécessité a été reconnue par l'ARS Île-de-France en aggravant les ratios financiers de l'établissement. En effet, le maintien de l'exploitation de l'IGH nécessite des investissements conséquents pour une mise aux

normes de sécurité incendie. Il doit également se conformer aux règles du code de la construction et de l'habitation applicables aux établissements recevant du public (ERP). De nombreuses problématiques sont prioritaires et nécessitent des travaux réalisés dans un délai inférieur à cinq ans. L'IGH a été construit avec des matériaux qui ne répondent plus aux exigences sanitaires actuelles. En outre, l'arrêté du 30 décembre 2011 portant règlement de sécurité pour la construction des immeubles de grande hauteur et leur protection contre les risques d'incendie et de panique indique : « *la stabilité au feu des éléments de la structure de l'immeuble (poteaux, poutres, planchers, etc.) [doit être de] deux heures* » (Direction de l'investissement et de la stratégie patrimoniale, DISP). Or, l'IGH présente des déficiences constructives importantes, remettant en cause la sécurité de l'IGH en cas de sinistres.

Par ailleurs, le CHIC et le CHIV pourraient bénéficier d'importants travaux permettant de valoriser leurs capacités en accueillant davantage des patients dans les services où cela est aujourd'hui nécessaire. L'adaptation du capacitaire pourrait permettre au CHIV de réduire le nombre de structures satellites, hors du site principal. Le redimensionnement des unités de soins est un préalable indispensable à la poursuite de la valorisation des parcelles ou locaux insuffisamment utilisés, permettant ainsi la rationalisation et la densification de l'IGH.

La DAF fait face à une situation complexe : il lui revient de trouver, après une crise d'ampleur et dans des organisations dont la situation financière décline, les moyens de réaliser des travaux nécessaires pour la sécurité des patients et pour créer de la valeur, et donc des revenus.

b) ...Selon des paramètres incertains

La crise COVID a montré qu'une vision figée du nombre de lits par unité de soins n'était pas compatible avec l'obligation de maintenir des chambres individuelles. Les paramètres de réorganisation du COPERMO investissement prévoyaient des valeurs cibles de 28 à 30 lits par unité (DGOS, 2016), avec un nombre de lits en surveillance continue (SC) ou soins intensifs identifiés (SI), sans que des lits classiques puissent être qualifiés de SC ou SI selon les besoins. Or, les capacités de réanimation étant limitées en raison des ressources matérielles et humaines associés aux unités de réanimation, il est devenu indispensable de pouvoir créer des lits de SC et SI hors des services où cela est habituellement prévu (cardiologie, pneumologie, etc.) durant la crise COVID.

La constitution d'un dossier COPERMO investissement deviendra un exercice moins codifié car l'épidémie a montré que les hôpitaux devaient être plus modulaires. La

question ne portera plus sur le nombre de lits en tant que tels et pourrait se recentrer sur la capacité à créer des chambres individuelles, si besoin. L'exercice du rapport socio-économique (RSE, dossier devant être remis à l'aune d'un COPERMO investissement) deviendra plus incertain car il n'y a plus de certitude sur les objectifs à atteindre en termes de capacité d'accueil des unités. En outre, cette nouvelle flexibilité attendue des hôpitaux augmentera sensiblement le montant des investissements à réaliser en raison du coût entraîné par le développement des services particulièrement adaptables alors que les hôpitaux sortent exsangues de la crise COVID.

B) La santé financière des établissements dépend davantage d'une redistribution espérée d'une partie de la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier que d'une reprise hypothétique de l'activité

Comme nous l'avons vu précédemment, la possibilité pour les Hôpitaux Confluence de récupérer les revenus de T2 et T3 nécessitent qu'ils atteignent entre juin et décembre 2020 une activité de 30 % supérieure à celle prévu à l'EPRD 2020. Cela n'est prévu par aucun des scénarii de reprise de la DAF car cet objectif paraît peu raisonnable au vu de la fréquentation habituelle des établissements durant cette période et de la fatigue des agents.

Les risques de trésorerie, associés aux emprunts, reposent sur l'ensemble des hôpitaux dont les Hôpitaux Confluence. Les emprunts réalisés, s'ils doivent permettre aux établissements de finir leur année, ne leur garantissent pas un début d'année 2021 permettant de reprendre les engagements de dépenses associés aux projets reportés. En effet, la « fin » de la première vague COVID ayant eu lieu fin juin, l'activité des hôpitaux rencontre le creux habituel des mois de juillet et août avant une reprise prévue en septembre. Cette réduction d'activité, classique à ces périodes, présente un risque pour les établissements qui ont acquis de nouvelles lignes de trésorerie à rembourser à très court terme (6 et 9 mois).

L'espoir des hôpitaux repose donc en partie sur une redistribution des gains causés par la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier en raison du COVID. En effet, le nombre de séjours hospitaliers ayant sensiblement diminué, de même que le recours à la médecine de ville, les remboursements de l'assurance maladie ont également diminué (Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, 2020 ; Quéquignier, 2020). Cependant, cet espoir s'est aminci avec la publication du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS). En effet, si cette dernière reconnaît une économie de 4 Mds € sur les soins de ville, 12 Mds € de dépenses supplémentaires sont prévues sur la branche maladie en raison des dotations pour l'achat de masque FFP2 et des

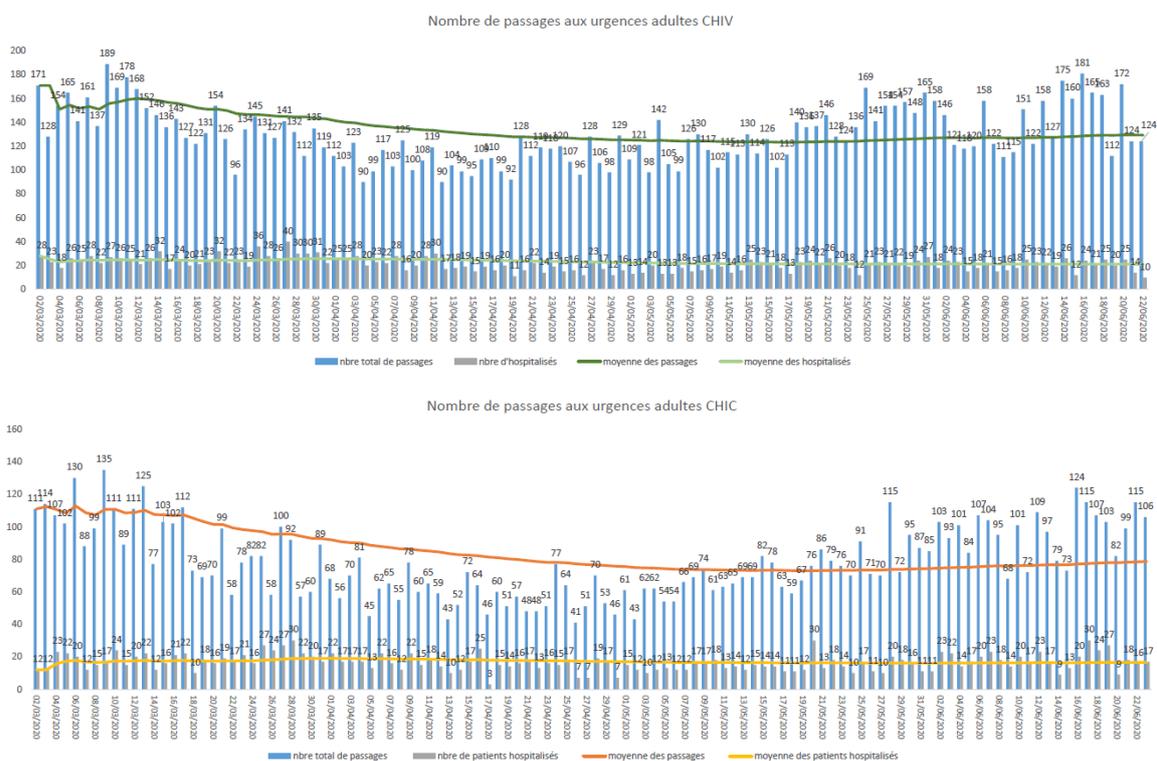
dotations supplémentaires aux établissements (CSSS, 2020). Enfin, il n'existe aujourd'hui aucune certitude quant aux versements à venir pour la fin d'année 2020.

2.2.2 A moyen terme, la DAF sera amenée à se recentrer sur les enjeux de stratégie et d'attractivité, y compris dans des établissements ne souffrant pas de la concurrence avant la crise

La crise COVID a créé chez les patients une peur de l'hôpital public, en particulier au moment où la participation du secteur privé à la prise en charge de l'épidémie était peu connue. Cela a pu contribuer à renforcer la concurrence entre les secteurs public et privé.

En effet, la fréquentation des urgences des hôpitaux a fortement diminué et a parfois eu pour conséquence le report des soins, mais aussi la réalisation de soins chez des prestataires privés parfois moins touchés, notamment en raison de leur manque d'équipement.

Figure 6 : Nombre de passage aux urgences au CHIC et au CHIV entre le 02/03/2020 et le 22/06/2020



Source : Direction des affaires financières

Selon le baromètre mensuel absentéisme par CSA Malakoff, 34 % des salariés ont reporté au moins un soin médical en avril. Pour 10 % des cas, il s'agit d'hospitalisation et pour 27 %, d'un suivi médical régulier. On peut certes s'inquiéter du risque que cela comporte en termes de santé publique mais aussi, de manière plus pragmatique, sur le lieu où ces reports de soins seront effectués.

Cette patientèle peut constituer une patientèle perdue que les hôpitaux pourront être amenés à rechercher. La DAF, au cœur de la stratégie de l'établissement devra à nouveau, si ce n'était pas déjà fait, revoir l'évolution du taux de fuite après la crise COVID 19. Une fois évaluée, la DAF pourra soutenir la direction de la Communication, notamment en indiquant les soins sur lesquels les Hôpitaux pourront davantage communiquer auprès des praticiens de ville, communes, associations, etc.

La diminution possible du personnel médical chirurgical constituera également un élément de stratégie hospitalière. En effet, la fermeture des blocs chirurgicaux a pu pousser certains personnels médicaux à opérer au sein du secteur privé temporairement puis à y rester. La DAF, en partenariat avec la direction des affaires médicales (DAM), aura à prendre en compte cette difficulté, éventuellement renforcée par l'épidémie, de recruter des chirurgiens et infirmières de blocs opératoires et anesthésistes alors que le marché était déjà tendu avant la crise.

2.2.3 Le changement des perceptions locales et nationales sur la DAF pourrait amener à en modifier son rôle

A) Au niveau local, les outils de suivi de la DAF ont été mis au service de la communication et de l'unité de l'établissement

La COVID a constitué une période d'incertitude pour l'ensemble des équipes hospitalières qui recherchaient des moyens d'objectiver la situation de l'établissement. Ces informations ont pu être fournies grâce à l'étude des données faites par les contrôleurs de gestion à partir de la gestion administrative des patients (GAP) et la gestion administrative des malades (GAM). La DAF, grâce à des retours hebdomadaires, a fait partie intégrante d'une communication qui intéressait l'ensemble de l'établissement, solidairement concerné par son activité.

Ces outils développés durant la crise COVID ont permis d'insister auprès de l'ensemble des agents sur la nécessité de faire de l'activité, en particulier lors des instances (directoire, conseil de surveillance, comité technique d'établissement). Ces présentations ont été bien accueillies au sein des Hôpitaux Confluence où une unité renouvelée est née de la crise COVID et de la défaillance possible des établissements. Cela permettra peut-être de revaloriser le rôle de la DAF en sa faveur dans la mesure où elle a su démontrer sa capacité à informer mais aussi à rassurer les établissements de santé. La DAF a su montrer qu'elle n'était pas une direction support, en retrait, concentrée sur des éléments hors du soin et a contribué à fédérer des équipes.

B) Au niveau national, la recherche de nouveaux modes de gouvernance et de financement des établissements ne saurait être sans incidence sur le fonctionnement de la DAF

a) *Quelle DAF pour quelle gouvernance ?*

La crise COVID a amené à questionner la gouvernance des établissements publics de santé. Les conclusions du rapport Claris (2020) se retrouvent aujourd'hui en partie dans les recommandations du Ségur de la santé (2020). Les questions relatives à la gouvernance posant impliquent la recherche d'un nouvel équilibre entre la direction dite « administrative » et une direction dite « médicale », ce qui remet indirectement en cause le rôle du DAF.

La DAF porte en partie la responsabilité de la situation financière de l'établissement et c'est en cela que repose sa légitimité à arbitrer en faveur de tel ou tel projet et à soutenir la direction générale dans les choix qu'elle effectue. La DAF est en théorie neutre et observe une situation objective, chiffrée. Son objectif est la performance globale de l'établissement mais elle fait partie de la direction administrative. La mise en place d'une direction où la part dite administrative et la part dite médicale est strictement égale posera la question du positionnement de la DAF. Plusieurs questions seront posées :

- Si direction médicale et direction administrative s'opposent, qui arbitre ? Cet arbitrage sera-t-il financier ?
- La DAF pourra-t-elle toujours opposer des arguments financiers aux propositions médicales ?
- Quelle sera la place du pilotage financier face aux nouveaux types de pilotage pouvant être mis en place ?

De manière générale, il s'agit de savoir si la DAF conservera une forme de pouvoir de décision, associé à la responsabilité qui lui est confiée ou si, au contraire, cette responsabilité sera transférée et si son influence venait à diminuer.

b) *Quelle DAF pour quel financement ?*

Le Ségur de la santé a conclu à la revalorisation des salaires des personnels hospitaliers dont les modalités de financement sont encore incertaines. Cette revalorisation, attendue, était nécessaire pour répondre, notamment, à la perte d'attractivité des métiers hospitaliers. Cependant, les incertitudes entourant cette revalorisation questionnent tant leur pérennité que les capacités des établissements à l'intégrer et à se remettre de la crise COVID.

La compensation de ces revalorisations pourrait parvenir sous forme d'une dotation supplémentaire ou alors via une augmentation des tarifs ce qui pose, de manière plus générale, la question des modalités de financement de l'établissement.

L'augmentation de la part de la dotation limiterait davantage les marges de manœuvre des établissements de santé dont le fonctionnement financier est déjà encadré.

Seuil de rentabilité et dotation globale

La dotation globale assure le même revenu quelle que soit l'activité réalisée. Le coût d'une activité se décompose en coût fixe et coût variable unitaire qui est le coût associé à chaque acte.

Dans le cas d'un financement par dotation, le producteur de l'activité est excédentaire dès lors qu'il effectue une activité inférieure à celle prévue. Il est déficitaire dès lors que son activité est supérieure en raison de la somme des coûts variables unitaires de chaque acte non pris en compte dans l'établissement de la dotation.

Cependant, si les dotations générales venaient à perdurer, elles pourraient limiter le financement autonome des projets, donc leur développement et ainsi le rôle du DAF en termes de stratégie d'établissement. La tarification à l'activité, en permettant à l'hôpital d'agir sur ses revenus en modulant son activité est vectrice, dans une certaine mesure, de développement de projets hospitaliers menés de manière plus indépendante par les établissements. L'augmentation des tarifs mettrait fin à la décorrélation de la valeur des actes effectués à l'hôpital de leur rémunération. Elle permettrait surtout de continuer le développement de projet et d'activités là où le fonctionnement par dotation signifie l'arrêt d'une activité dès lors que le seuil de la rentabilité de l'activité dotée est atteint. Or, la demande de soin hospitalier ne cesse de croître, ce qui semble incompatible avec une augmentation de la part des dotations, en particulier si ces dernières ne sont pas ajustées à l'activité des établissements.

Une autre question se pose alors, à savoir celle du juste équilibre à trouver entre dotations et revenus à l'activité alors que la crise COVID a montré que la garantie d'un revenu stable et de ressources minimales est nécessaire car elle permet aux établissements de faire appel à l'emprunt.

*

* *

La crise COVID a partiellement détourné la DAF de ses missions de stratégie et d'aide à l'arbitrage des investissements. La DAF devra néanmoins rapidement retourner à ce rôle que l'épidémie a paradoxalement renforcé en raison de la limitation brutale des ressources. Cependant, et bien qu'elle ait pu montrer à quel point elle est nécessaire à un moment où elle n'était pas attendue, en raison de l'urgence et des annonces gouvernementales, des incertitudes sur ses futures missions et moyens sont nées des débats nationaux.

Conclusion

La crise COVID a modifié le fonctionnement des établissements et les attendus de bons nombre de directions, y compris de celle des affaires financières. Dans les établissements en difficulté financière, les marges de manœuvre des DAF étaient déjà limitées avant la crise. En dehors des règles propres aux structures publiques et limitations propres au statut des personnels, des capacités d'emprunts, la DAF se heurte avant tout à l'absence de marges de manœuvres organisationnelles ou *organisational slack* immédiates et à moyen terme.

Pour autant, cela ne signifie pas que le DAF ne dispose d'aucune possibilité et, paradoxalement, son rôle n'en est pas sorti profondément altéré ou modifié. Certes, le DAF a davantage été témoin qu'arbitre des dépenses devant être effectuées mais il a réalisé les actions nécessaires au financement des charges exceptionnelles associées au COVID. Grâce à un contrôle de gestion resserré et des échanges informels et formels renforcés avec l'ensemble des acteurs internes et externes à l'hôpital, la DAF a pu faire une évaluation précise de ses besoins à court et moyen terme. Les Hôpitaux Confluence, déjà en difficulté, n'ont certes eu d'autres choix que de dégrader leurs bilans et leurs perspectives d'endettement futur pour éviter la défaillance et préparer l'année 2021 mais ne sortent pas défailtantes de la crise COVID. Ils conservent pour le moment leur capacité à régler leurs créances fournisseurs.

Cependant, il serait naïf de penser que leur futur n'a pas été compromis. Les lignes de trésorerie obtenues à court terme nécessiteront un remboursement dès le mois de septembre pour les premières lignes utilisées (2021 pour les dernières) et le report des charges sociales représentera pour chacun des établissements une somme importante à régler très rapidement – certainement grâce aux lignes de trésorerie obtenues. Les prochaines revalorisations salariales mises en place dès janvier poseront certainement de nouvelles difficultés financières pour les établissements venant de rembourser leurs lignes de trésorerie.

La gestion de la crise ne semble donc pas avoir remis en cause de manière directe les missions du DAF. En revanche, les réflexions sur la gouvernance et le mode de financement des hôpitaux peuvent conduire à une modification importante des rapports entre les directions, dont la DAF, et les autres organes de gouvernance. De la même manière, les changements pouvant être apportés aux modes de financement des établissements pourraient altérer les modalités de réalisations des projets et en cela même les référentiels et le rôle des DAF.

Bibliographie

Articles et rapports publics

Adrot Anouck et Garreau Lionel, « Interagir pour improviser en situation de crise, Le cas de la canicule de 2003 », *Revue Française de gestion*, 2010/4 n°203, P 119 à 131.

Aubert Jean-Marc, 2019, Rapport final Modes de financement et de régulation, Stratégie de transformation du système de santé

Augustin-Perez Maria, Galan Jose Luis, Acedo Francisco J. (2019), « Relationship between slack resources and performance : temporal symmetry an duration of effects », *European journal of Management and business economics*

Béguin François, « Des hôpitaux publics en mal de candidats aux postes d'infirmiers et d'aides-soignants », *Le Monde*, 15 mai 2019

Blazy Régis, Combiér Jérôme (1978), La défaillance d'entreprise, causes économiques, traitement judiciaire et impact financier, INSEE Méthode n°72-73

Blazy Régis, Charlety Patricia, Combiér Jérôme (1993). « Les défaillances d'entreprises : des difficultés visibles plusieurs années à l'avance ». In : *Économie et statistiques*, n°268-269, pp. 101-111.

Brunelle Yann (2009), Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *Pratiques et organisation des soins*, volume 40 n°1,

Clément Nicolas (2020)« Le coronavirus, c'est la double peine pour les plus pauvres », *Le monde*, 17 mars 2020

Chambre régionale des comptes, 2011, Rapport d'observations définitives centre hospitalier intercommunal de Créteil, exercices 2004 et suivants

Chambre régionale des comptes, 2012, Rapport d'observations définitives centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, exercices 2004 et suivants

Chambre régionale des comptes, 2016, Rapport d'observations définitives centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, exercices 2011 et suivants

Cappelletti Laurent, Baron Philippe, Desmaison Gérard, Ribiolet François-Xavier (2014), *Contrôle de gestion*, Ed. Dunod

Claris Olivier, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier Claris*, Juin 2020

Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, 2020, *Avis du Comité d'alerte n° 2020-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie*

Commission des comptes de la sécurité sociale (2020), *Les comptes de la sécurité sociale, Résultats 2019, Prévisions 2020*

CHIV, 2019, *Compte financier 2018*

CHIV, 2018, *COPERMO performance du CHIV, Bilan d'étapes et mesures complémentaires*

Cornolti Christophe, Moulin Yves (2007), « Pourquoi les suppressions d'emplois ne produisent-elles pas une hausse de la performance ? Eléments pour L'amélioration du modèle de calcul décisionnel » in *Management & Avenir Management Prospective* Ed. 2007/1 n° 11, p 63 à 92

Cour des comptes, *Rapport public annuel 2018*, tome II, Chapitre 6 « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir »

Crutzen Nathalie, Van Caillie Didier (2007), « L'enchaînement des facteurs de défaillance de l'entreprise une réconciliation des approches organisationnelles et financières » in *Comptabilité et environnement*,

DGOS (2016) Recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière,

Djama Constant (2002) « Les profils financiers et comptables des entreprises en difficulté ». *Technologie et management de l'information : enjeux et impacts dans la comptabilité, le contrôle et l'audit*, May, France.

DREES, *Les établissements de santé*, édition 2019

Geiger Scott W., Marlin Dan, Segrest Sharon L. (2017), « Slack and performance in the hospital industry : a configurational approach » in *Management Decision*

Koenig Gérard (1985), « Entreprises en difficultés : des symptômes aux remèdes », *Revue française de gestion*, Janvier Février, p84-92.

Heyrman Eric (2018), *Fonds de dotation et politique de mécénat des établissements publics de santé*, Mémoire de l'EHESP

Lehman Christian (2020), « La précarité comme facteur de risque », *Libération*, 18 avril 2020

L'académie des sciences techniques comptables financières, *Le management des entreprises en difficulté financière*, Cahier de l'académie, n°15 mars 2009

Levratto Nadine (2011), « Chapitre 6 Le processus de défaillance des entreprises » in *La défaillance des entreprises Étude sur données françaises entre 2000 et 2010*, Regards sur les PME, Ed. OSEO

Mahua Guja (2016), « Organizational slack in declining firms and surviving firms », *Journal of Strategy and Management*, vol 9, issue 1, pp 93-114

Maurel Dominique, « Sense-making : un modèle de construction de la réalité et d'appréhension par les individus et les groupes », *Etudes et communication*, 35/10.

Meyer et Gupta (1994) « The Performance Paradox » *Research in Organizational Behavior*, 16, p. 309-369.

Ministère des solidarités et de la santé, *Séjour de la santé, recommandations*, Juillet 2020.

Nitin Nohria et Ranjay Gulati (1997), « What is the optimum amount of organizational slack? A study of the relationship between slack and innovation in multinational firms », *European Management Journal*, Volume 15, Issue 6, Pages 603-611

Quignon Catherine (2020), « Coronavirus : les précaires en première ligne, avec une protection sociale très variable d'un pays à l'autre », *Le Monde*, 26 mars 2020

Quéquigner Thomas, « La progression de l'Ondam 2020 pourrait presque tripler et bondir de 6,5% », *Hospimedia*, 23 avril 2020

Quéquigner Thomas, « L'État prend la main sur l'achat de 3 curares et 2 hypnotiques par crainte de pénurie », *Hospimedia*, 21 avril 2020

Roux Amélie, (2020), Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement, Enquête de la Fédération hospitalière de France, *Ressources humaines*

Sentis P. (1998) « Les réductions d'effectifs créent-elles de la valeur ? » *Actes des XIVèmes Journées nationales des I.A.E, Nantes 1998, Tome 1, p.175-196*

Valdamis Vivian G., Rosko Michael D., Mutter Ryan L. (2008), « Hospital Quality, Efficiency and Input slack differentials », *Health services research* 43 :5, Part II

Van Caillie Didier, Dighaye Andrée (2002) « La recherche en matière de faillite d'entreprise : un état de sa situation et de ses perspectives d'avenir », *Communication proposée à la XIème conférence internationale de Management stratégique*

Textes juridiques :

Décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

Arrêté du 30 décembre 2011 portant règlement de sécurité pour la construction des immeubles de grande hauteur et leur protection contre les risques d'incendie et de panique

Décret n° 2020-568 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux agents des établissements publics de santé et à certains agents civils et militaires du ministère des armées et de l'Institution nationale des invalides dans le cadre de l'épidémie de covid-19

Ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020, modifiée par l'ordonnance n° 2020-560 du 13 mai 2020 fixant les délais applicables à diverses procédures pendant la période d'urgence sanitaire

Message d'alerte rapide sanitaire, 20 avril 2020, n°2020_37, Approvisionnement des établissements de santé pour certains médicaments prioritaires

Arrêté du 8 juin 2020 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes pour les personnels médicaux exerçant en établissements publics de santé et à la majoration exceptionnelle de l'indemnité de garde hospitalière des praticiens des armées

Décisions de justice

Tribunal de commerce de Paris, 22 mai 2020, ordonnance n° 2020017022

Sitographie

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital>

<https://www.houdart.org/desensibilisation-des-emprunts-toxiques-un-essai-de-definition/>

<https://www.houdart.org/mutualisation-de-tresorerie-au-sein-des-ght-investissements-en-commun-et-autres-outils/>

hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.hospidiag.sas&_finess=940110042&ind=F6_D&def=oui

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de garantie de financement

Annexe 2 – Extrait du Mars n°2020_37

Annexe 3 : Tableau de recensement des dépenses des directions

Annexe 4 – Comparaison des sorties du CHIC et du CHIV entre janvier et avril 2019 et 2020

Annexe 5 – Extrait de l’outil de dialogue de gestion pour l’établissement de la DM

Annexe 1 - Arrêté de financement du CHIV

**Arrêté du 20 mai 2020 n°DOS-2020-1419 fixant le montant de la garantie de
financement MCO
au titre des soins de la période mars à décembre 2020 et le montant du versement à
effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2019 transmise en
2020)
du C.H.I. DE VILLENEUVE-ST-GEORGES**

**N° Finess Financier : 940110042
N° Finess Entité Géographique : 940000599**

**Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé Ile-de-France,**

VU le code de la santé publique modifié et notamment ses articles L. 6145-1 à L. 6145-17, et R. 6145-1 à R. 6145-61 ;

VU le code de la sécurité sociale modifié, et notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-10 et L. 162-26;

VU la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 ;

VU la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;

VU [l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020](#) relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale ;

VU [l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020](#) portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

VU le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé;

VU l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

VU l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19 ;

VU le(s) relevé(s) d'activité transmis au titre du mois de mars 2020, du C.H.I. DE VILLENEUVE-ST-GEORGES ;

ARRETE

Article 1er – Garantie de financement MCO (hors HAD) hors AME, SU et soins aux détenus

Le montant de la garantie de financement MCO (hors HAD) au titre des prestations de soins de la période de mars à décembre 2020 et le montant mensuel dû sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont de:

Pour l'établissement	C.H.I. DE VILLENEUVE-ST-GEORGES
N° Finess	940110042
Montant total pour la période :	74 921 539,11 €
Montant mensuel pour la période :	7 492 153,91 €

Article 2 - Le montant dû à l'établissement au titre de la garantie de financement MCO hors AME, SU et soins aux détenus est de :

Libellé	Montant pour la période	Montant Mensuel
Montant MCO de la garantie de financement de l'établissement au titre de la valorisation de l'activité hors aide médicale de l'Etat (AME), soins urgents (SU) et soins aux détenus est de :	70 691 543,84 €	7 069 154,38€
Montant MCO de la garantie de financement de l'établissement au titre des activités facturées dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale (FIDES) est de :	4 229 995,27€	422 999,53€
Montant total MCO (hors HAD)	74 921 539,11€	7 492 153,91€

Il se décompose de la façon suivante :

Libellé	Montant pour la période	Montant Mensuel
Des forfaits "groupeshomogènesdeséjours"(GHS)etleurséventuelssuppléments (y compris transports et PO)	65 178 832,24 €	6 517 883,22 €
Des forfaits D (alternative à dialyse en centre), IVG, ATU/FFM, SE, PI, des actes et consultations externes (ACE)y compris forfaitstechniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale	5 512 711,61 €	551 271,16 €
Des actes et consultations externes (ACE)y compris forfaitstechniques et des séjours facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale (FIDES)	4 229 995,27€	422 999,53€

Article 3 - Avances de financement allouées aux établissements de santé pour faire face à l'épidémie du Covid-19 au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (liste en sus) pour les établissements de santé mentionnés aux a, b, et c de l'article [L. 162-22-6](#) du même code.

Le montant de l'avance mensuelle mise en place au titre de la liste en sus s'élève à

261 808,19 €, décomposé de la façon suivante :

Libellé	Montant mensuel
Montant avance mensuelle dû à l'établissement au titre de la liste en sus hors aide médicale de l'Etat (AME), soins urgents (SU) et soins aux détenus est de :	261 808,19 €
Dont des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) (séjours)	152 698,23 €
Dont des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post ATU	11 648,40 €
Dont des produits et prestations (Dispositifs médicaux implantables) (séjours)	97 461,57 €

Article 4 – Les montants de la garantie financement dû à l'établissement au titre des prestations de soins de la période de mars à décembre 2020 et le montant mensuel dû sur la même période, relevant de l'Aide médicale de l'Etat (AME) sont de :

Libellé	Montant pour la période	Montant mensuel
Montant MCO de la garantie de financement de l'établissement au titre de la valorisation de l'activité aide médicale de l'Etat (AME) est de :	1 825 365,64 €	182 536,56 €

Article 5 – Avances de financement allouées aux établissements de santé pour faire face à l'épidémie du Covid-19 au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (liste en sus) pour les établissements de santé mentionnés aux a, b, et c de l'article [L. 162-22-6](#) du même code pour l'AME

Le montant de l'avance mensuelle mise en place au titre de la liste en sus pour l'aide médicale de l'Etat s'élève à

3 582,43 €, décomposé de la façon suivante :

Libellé	Montant mensuel
Montant avance mensuelle dû à l'établissement au titre de la liste en sus aide médicale de l'Etat (AME) est de :	3 582,43 €
Dont des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) (séjours)	2 222,26 €
Dont des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)	14,6 5 €

Dont des produits et prestations (Dispositifs médicaux implantables) (séjours)	1 345,52 €
--	---------------

Article 6 – Les montants de la garantie financement dû à l'établissement au titre des prestations de soins de la période de mars à décembre 2020 et le montant mensuel dû sur la même période, relevant des Soins Urgents sont de :

Libellé	Montant pour la période	Montant mensuel
Montant MCO de la garantie de financement de l'établissement au titre de la valorisation de l'activité Soins urgents (SU) est de :	560 503,94 €	56 050,39 €

Article 7 – Avances de financement allouées aux établissements de santé pour faire face à l'épidémie du Covid-19 au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (liste en sus) pour les établissements de santé mentionnés aux a, b, et c de l'article L. 162-22-6 du même code pour les soins urgents

Le montant de l'avance mensuelle mise en place au titre de la liste en sus pour les soins urgents s'élève à 569,56 €, décomposé de la façon suivante :

Libellé	Montant mensuel
Montant avance mensuelle dû à l'établissement au titre de la liste en sus pour les soins urgents (SU) est de :	569,56 €
Dont des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) (séjours)	344,43 €
Dont des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post ATU	0,00 €
Dont des produits et prestations (Dispositifs médicaux implantables) (séjours)	225,13 €

Article 8 – Les montants de la garantie financement dû à l'établissement au titre du RAC détenus pour les prestations de soins de la période de mars à décembre 2020 et le montant mensuel dû sur la même période, sont de :

Libellé	Montant pour la période	Montant mensuel
Montant MCO de la garantie de financement de l'établissement au titre de la valorisation du RAC détenus est de :	12 026,61 €	1 202,66 €
Dont séjours	11 581,37 €	1 158,14 €

Dont ACE y compris ATU/FFM, SE, etc.	445,24 €	44,52 €
--------------------------------------	----------	---------

Article 9 – Versements mensuels pour la période de mars à décembre 2020 en l'absence de nouvel arrêté de versement

Les montants mensuels visés aux articles 2 à 8 dans le cadre de la garantie de financement et des avances sont reconduits jusqu'au mois d'activité de décembre 2020 inclus, sous réserve de la transmission par l'ARS d'un nouvel arrêté.

Article 10 – montants à verser au titre de l'activité 2019 transmise au cours de l'année 2020

Les montants totaux MCO dû par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale au titre de l'exercice antérieur sont :

Valorisation de la part qui relève de l'activité MCO hors AME, SU et soins aux détenus

Libellé	Montant LAMDA
Montant MCO dû à l'établissement au titre de la valorisation de l'activité hors aide médicale de l'Etat (AME), soins urgents (SU) et soins aux détenus est de :	- 3 116,31 €

Ce montant se détaille selon les items suivants :

Libellé	Montant LAMDA
Des forfaits "groupes homogènes des séjours" (GHS) et leurs éventuels suppléments (soit GHS et suppléments, PO, IVG, transports, forfaits dialyse)	- 3 290,14 €
Des actes et consultations externes (ACE) y compris forfait techniques (soit ACE dont FTN, ATU, FFM, SE, PI)	0,00 €
Des spécialités pharmaceutiques (Médicaments)	173,83 €
- Dont médicaments séjours	173,83 €
- Dont médicaments actes et consultations externes (ACE)	0,00 €
Des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) (séjours)	0,00 €
Produits et prestations (Dispositifs médicaux implantables)	0,00 €
- Dont DMI séjours	0,00 €
- Dont DMI actes et consultations externes (ACE)	0,00 €

Valorisation MCO de la part qui relève de l'activité AME

Libellé	Montant LAMDA
Montant dû à l'établissement au titre de la valorisation de l'activité qui relève de l'aide médicale de l'Etat (AME) est de :	16 053,76 €

Ce montant se détaille selon les items suivants :

Libellé	Montant LAMDA
Des forfaits "groupes homogènes des séjours" (GHS) et leurs éventuels suppléments AME	16 053,76 €

Des spécialités pharmaceutiques (Médicaments AME)	0,00 €
Des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU_AME)	0,00 €
des produits et prestations (Dispositifs médicaux implantables AME)	0,00 €

Valorisation MCO de la part qui relève des SU

Libellé	Montant LAMDA
Montant dû à l'établissement au titre des soins urgents est de :	514,21 €

Ce montant se détaille selon les items suivants :

Libellé	Montant LAMDA
Des forfaits "groupes homogènes de séjours" (GHS) et leurs éventuels suppléments SU	514,21 €
Des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) SU	0,00 €
Des spécialités pharmaceutiques (Médicaments) sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)	0,00 €
Des produits et prestations (Dispositifs médicaux implantables)	0,00 €

Valorisation MCO de la part liée aux soins aux détenus

Libellé	Montant LAMDA
Montant dû à l'établissement au titre des soins aux détenus est de :	0,00 €
Au titre du reste à charge (RAC) estimé pour les séjours (GHS et suppléments) des détenus	0,00 €
Au titre du reste à charge (RAC) estimé pour les ACE (y compris ATU/FFM/SE)	0,00 €

Article 11 – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal inter régional de la tarification sanitaire et sociale compétent dans un délai d'un mois à compter de sa notification.

Article 12 – Le présent arrêté est notifié au C.H.I. DE VILLENEUVE-ST-GEORGES et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val de Marne en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, pour exécution.

Des tensions d'approvisionnement extrêmement fortes existent pour cinq molécules nécessaires à la prise en charge des patients atteints du Covid-19, notamment au sein des services de réanimation. Il s'agit des formes injectables de deux hypnotiques (midazolam, propofol) et de trois curares (atracurium, cisatracurium, rocuronium).

Un nouveau système d'achat et d'approvisionnement des établissements de santé pour ces médicaments va être mis en place à compter du 27 avril 2020. Dans ce nouveau régime:

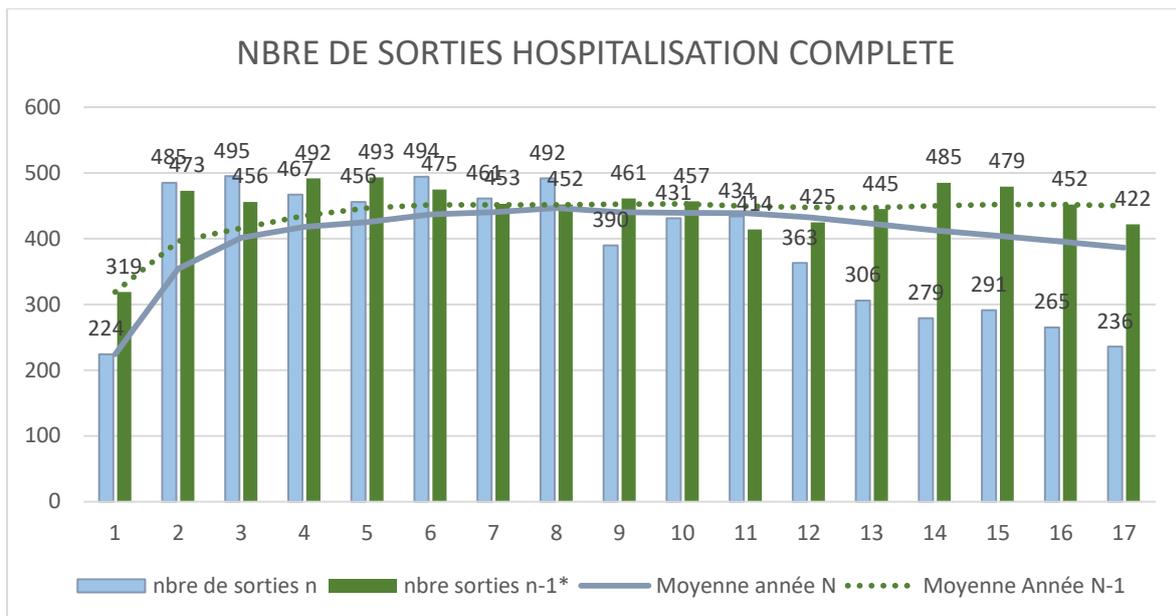
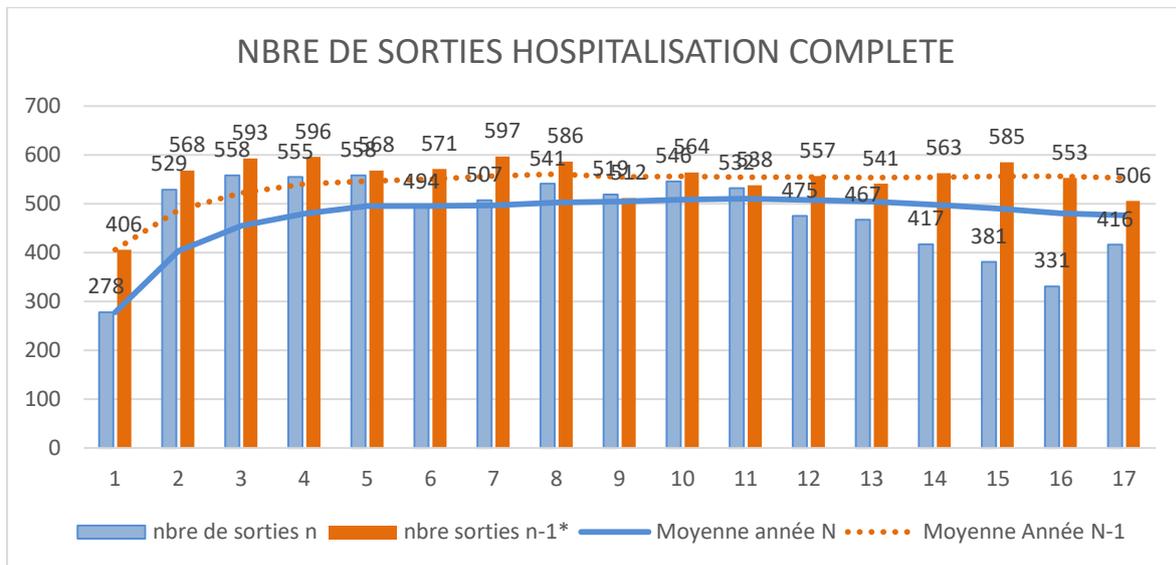
- L'État achètera, seul, les médicaments dont le principe actif correspond à l'une des molécules citées ci-dessus. Les établissements de santé n'achètent plus ces médicaments;
- Un système d'approvisionnement des établissements de santé sera mis en place via les dépositaires et en lien avec les ARS. Il visera à approvisionner les établissements selon le nombre de patients hospitalisés dans un service de réanimation (COVID et non COVID) et du stock de médicaments disponibles au sein de l'établissement. Les ARS sont en outre invitées à prendre en compte les besoins de l'hospitalisation à domicile et à leur activité en termes de soins palliatifs

Annexe 3 – Tableau de recensement des dépenses logistiques et de travaux

Date	Direction	Action	Objet	Matériel	Quantité	Montant HT	Montant TTC	Service de destination	Commentaires
28/02/2020	DASL	Achat	Autre	Autre	2	2 833,20	3 399,84	GESTION DES RISQUES	2 NOCOSPRAY
28/02/2020	DASL	Achat	Autre	Autre	1	1 658,40	1 990,08	GESTION DES RISQUES	NOCOLYSE/NOCOTEST
09/03/2020	DISP	Achat	Appareil biomédicaux	Analyseur d'hémoglobine	1	990,00	1 188,00	Urgences adultes	20006686 HEMOCUE
09/03/2020	DISP	Achat	Appareil biomédicaux	Analyseur d'hémoglobine	1	990,00	1 188,00	Urgences adultes	20006683 HEMOCUE
12/03/2020	DISP	Achat	Autre	Pièces détachées Power supplyfru kit	2	147,04	176,45	Réanimation	20006889 GE MEDICAL SYSTEMS
12/03/2020	DISP	Achat	Autre	Agent de sécurité pour contrôle des accès ambulances	1	1 120,20	1 344,24	Autre	20006941 CEJIP / Contrôle des accès ambulances (13-03 + 16 au 19-03)
13/03/2020	DISP	Achat	Appareil biomédicaux	Pompes à perfusion	10	9 520,76	11 424,91	Autre	20007183 UGAP / Pool Bio médical pour COVID-19 ou autre

Source : Direction des affaires financières

Annexe 4 – Comparaison des sorties du CHIC et du CHIV entre janvier et avril 2019 et 2020



Source : Direction des affaires financières

Annexe 5 – Extrait de l’outil de dialogue de gestion pour l’établissement de la DM

SUIVI BUDGETAIRE de la PHARMACIE														
Titre	N° et Libellé Comptes	Gestionnaire	% réalisation / EPRD exe 2020	Evolution 2019/2020		M05-2019 Réalisation total (E+L+M)	M05-2020 Réalisation total (E+L+M)	% réalisation / EPRD exe 2020	Evolution 2019/2020		EPRD 2020 initial	Surcoût Covid	Demandes DM hors Covid	Projection EPRD 2020 DM
				valeur	%				valeur	%				
CHARGES:														
	Titre 2-CHARGES À CARACTÈRE MÉDICAL		36%	- 2 082 211 €	-22%	11 873 403 €	10 192 642 €	39%	- 1 680 761 €	-16%	26 109 000 €	- €	50 000 €	26 159 000 €
	Chapitre H6021 PRODUITS PHARMACEUTIQUES		37%	- 1 614 087 €	-21%	9 534 855 €	8 297 541 €	40%	- 1 237 314 €	-15%	20 951 000 €	- €	- €	20 951 000 €
	Chapitre H6022 FOURNITURES PHARMACEUTIQUES		34%	- 468 124 €	-26%	2 338 548 €	1 895 101 €	37%	- 443 447 €	-23%	5 158 000 €	- €	- €	5 158 000 €
Titre 2-C	H613158 / Autres loca mobilières à carac médical													
		DISP											50 000,00 €	50 000,00 €
	Titre 3-CHARGES À CARACTÈRE HÔTELIER ET GÉNÉRAL		0 €	8 049 €	15%	77 598 €	67 928 €	38%	- 9 670 €	-14%	180 000 €	- €	50 000 €	130 000 €
Titre 3-C	H6023 / alimentation	DASL/PHARMA	38%	8 453 €	17%	69 696 €	64 159 €	49%	- 5 537 €	-9%	130 000 €			130 000 €
	Chapitre H602 ACHATS STOCKÉS; AUTRES APPROVISIONN		38%	8 453 €	17%	69 696 €	64 159 €	49%	- 5 537 €	-9%	130 000 €	- €	- €	130 000 €
Titre 3-C	H6132581 / Location bouteilles gaz pharmacie													
		PHARMACIE												
			8%	404 €	-11%	7 902 €	3 768 €	8%	- 4 133 €	-110%	50 000 €		50 000 €	- €
	Chapitre H61 SERVICES EXTÉRIEURS (SAUF 611, 6082		8%	404 €	-11%	7 902 €	3 768 €	8%	- 4 133 €	-110%	50 000 €	- €	50 000 €	- €
	TOTAL CHARGES:		36%	- 2 074 162 €	-22%	11 951 001 €	10 260 570 €	39%	- 1 690 431 €	-16%	26 289 000 €	- €	- €	26 289 000 €
PRODUITS														
	Titre 2-IMMOBILISATIONS		8%	- 6 084 355 €	-1099%	2 338 901 €	553 474 €	8%	- 1 785 426 €	-323%	6 855 000 €	- €	- €	6 855 000 €
Titre 3-	H7068 / prestations des services autres	PHARMACIE	-1%	- 1 530 000 €	6998%	662 444 €	21 865 €	-1%	- 684 309 €	3130%	1 500 000 €			1 500 000 €
	Chapitre H70 / VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PREST		-1%	- 1 530 000 €	6998%	662 444 €	21 865 €	-1%	- 684 309 €	3130%	1 500 000 €	- €	- €	1 500 000 €
Titre 3-	H70711 / Rétrocession de médicaments AMD	PHARMACIE	11%	- 4 461 478 €	-777%	1 648 224 €	573 876 €	11%	- 1 074 348 €	-187%	5 355 000 €			5 355 000 €
Titre 3-	H70712 / Rétrocession de médicaments AME	PHARMACIE		- 92 956 €	-6722%	28 232 €	1 383 €		- 26 849 €	-1941%				
Titre 3-	H70718 / Rétrocession de médicaments autres	PHARMACIE		80 €	100%	- €	80 €		80 €	100%				
	Chapitre H7071 / RÉTROCESSION DE MÉDICAMENTS		11%	- 4 554 355 €	-792%	1 676 456 €	575 339 €	11%	- 1 074 348 €	-187%	5 355 000 €	- €	- €	5 355 000 €
	TOTAL Produits:		8%	- 6 084 355 €	-1099%	2 338 901 €	553 474 €	8%	- 1 785 426 €	-323%	6 855 000 €	- €	- €	6 855 000 €

Source : Direction des affaires financières

LIPARO

Alexandra

Septembre 2020

Directeur d'hôpital

Promotion 2020

Le risque de défaillance et la DAF dans les établissements fragilisés ***La DAF des Hôpitaux Confluence à l'épreuve de la COVID-19***

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le rôle traditionnel de la direction des affaires financières (DAF) au sein des établissements publics de santé est connu : il suit la trésorerie de l'établissement, intervient dans la définition de la stratégie, pilote le contrôle de gestion... Mais que fait-il au moment où une pandémie se déclenche ? Que peut-il faire pour dégager des moyens supplémentaires lors que les établissements étaient déjà proches de leur endettement maximal ? La DAF des Hôpitaux Confluence nous aide à répondre à ces questions.

Au sein des hôpitaux en difficulté, la crise COVID a été l'évènement pouvant déclencher la faillite d'établissements fragiles à un moment où cela était le plus incompatible avec les exigences de santé publique.

Les marges de manœuvre de la DAF étaient déjà limitées avant la crise, les établissements fortement endettés étant déjà dans une trajectoire déclinante malgré leurs efforts. Leur activité, qui leur permettait d'assurer leur fonctionnement quotidien, a été fortement réduite par le COVID. Le rôle de la DAF a été d'évaluer les marges de manœuvre que les établissements de santé devaient dégager pour continuer leur activité, en assurant le paiement des salaires et des fournisseurs et de dégager de la trésorerie pour parer aux conséquences immédiates de l'épidémie. L'ajustement du contrôle de gestion et des outils de suivi à la crise et un dialogue permanent avec les autres directions ont été les éléments clés de l'adaptation de la DAF à la crise. La DAF s'est aussi appuyée sur des ressources moins orthodoxes, au service des établissements et de leur cohésion.

La nouvelle question qui se pose alors est celle de la position à long terme de la direction suite au Ségur de la santé.

Mots clés :

Direction des affaires financières, gestion de crise, pilotage financier, suivi financier, COVID, entreprises en difficulté, management opérationnel, management organisationnel.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.