



**COMMUNICATION A LA COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES ET A LA MISSION D'ÉVALUATION ET DE
CONTROLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE DE L'ASSEMBLEE NATIONALE**

ARTICLE LO. 132-3-1 DU CODE DES JURIDICTIONS FINANCIERES

**LA DETTE DES
ÉTABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTÉ**

Avril 2014

Sommaire

AVERTISSEMENT.....	5
RESUME	9
INTRODUCTION	17
CHAPITRE I - UN EMBALLEMENT DE LA DETTE HOSPITALIERE, UN RALENTISSEMENT RECENT	19
I - Un triplement en dix ans	19
A - Après une croissance à un rythme sans précédent, un infléchissement récent.....	19
B - Les grandes caractéristiques de la dette hospitalière	24
C - Un niveau d'endettement devenu critique	28
II - Des plans d'investissement massifs financés principalement par l'emprunt	30
A - Un pari sur la capacité financière des établissements	31
B - Des investissements massifs souvent décidés sans véritable considération d'efficience	34
III - Un pilotage à encore améliorer	39
A - Une autonomie de plus en plus complète des établissements de santé en matière d'emprunts.....	39
B - Un encadrement tardif et partiel du recours à l'emprunt.....	42
C - Un soutien à l'investissement désormais sélectif.....	49
D - Le ralentissement de l'investissement, condition nécessaire d'une stabilisation de la dette	52
CHAPITRE II - DES TENSIONS DE TRESORERIE RECURRENTES.....	55
I - Des établissements de santé confrontés à des risques de rupture de trésorerie	55
A - Un gonflement des dettes non financières	55
B - Un suivi rapproché par le ministère et les agences régionales de santé	62
II - Des financements à court terme plus difficiles à mobiliser	66

A - Des lignes de trésorerie coûteuses, dont le renouvellement est souvent problématique	66
B - La diversification des instruments de financement à court terme.....	72
CHAPITRE III - DES RISQUES PERSISTANTS	77
I - Un accès au crédit plus difficile.....	77
A - Un paysage bancaire en recomposition	78
B - Des conditions de crédit plus sélectives	84
C - Des financements désintermédiés favorisés par le niveau élevé des marges bancaires.....	87
II - Une exposition aux emprunts structurés aussi dangereuse que celle des collectivités locales.....	91
A - Des risques très importants pour certains établissements	91
B - Des opérations de désensibilisation à la portée encore limitée.....	107
C - Le besoin d'une stratégie claire de désensibilisation des encours	110
CONCLUSION GENERALE.....	121
ANNEXES	125
LISTE DES ANNEXES	127

Avertissement

Sur le fondement de l'article LO.132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie conjointement par la présidente de la commission des affaires sociales et les co-présidents de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, par un courrier du 16 octobre 2012 (annexe 1), d'une demande d'enquête sur la dette des établissements publics de santé. Une réponse lui a été apportée par lettre du Premier président en date du 14 janvier 2013 (annexe 2), indiquant que cette communication serait remise pour le 31 mars 2014¹. Le champ des investigations de la Cour a été arrêté lors d'une réunion tenue le 2 juillet 2013 entre les représentants de la Cour et M. Jean-Marc Germain, co-président de la MECSS et rapporteur désigné sur ce sujet. Il a fait l'objet d'un courrier du Premier président du 23 juillet 2013 (annexe 3).

L'instruction a été conduite à partir des réponses aux questionnaires adressés aux administrations nationales et régionales concernées et des entretiens menés auprès de ces dernières ainsi que de la Société de financement local (SFIL).

La situation d'un échantillon de 20 établissements publics de santé choisis parmi ceux qui présentaient un endettement marqué a été plus particulièrement analysée. Il comprenait neuf centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHU), sept centres hospitaliers (CH) dont le budget dépasse 70 M€, deux dont le budget est compris entre 20 et 70 M€, et deux dont le budget est inférieur à 20 M€. L'exploitation des rapports d'observations définitives rédigés par les chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC) sur leur gestion a été complétée par plusieurs déplacements en région Centre et en région Pays de la Loire, retenues en particulier pour l'examen de la situation de leurs CHU.

¹ Date reportée au 7 avril 2014 en accord avec la présidente de la commission des affaires sociales par lettre du Premier président du 28 mars 2014.

Les compétences de la Cour des comptes pour l'examen de la situation des établissements publics de santé

Le contrôle des comptes et de la gestion des hôpitaux publics ressortait jusqu'à la publication de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de la compétence des chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC), habilitées à contrôler les établissements publics locaux. La transformation des hôpitaux en établissements publics de l'État par ce dernier texte a transféré à la Cour des comptes cette compétence de contrôle.

La Cour ne pouvant assurer le contrôle des 947 établissements recensés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2013, elle a délégué aux CRTC par arrêté du Premier président.

De ce fait, la Cour ne peut désormais se fonder pour les besoins d'une enquête que sur l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, qui, dans sa rédaction actuelle, ne l'habilite plus à recueillir, dans le cadre de sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, des informations qu'auprès des seuls centres hospitaliers régionaux et universitaires, à l'exclusion désormais des autres types d'établissements de santé.

La Cour s'appuie ainsi essentiellement sur les travaux réalisés par les chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC) sur les établissements hospitaliers.

L'enquête s'est également appuyée sur différents travaux récemment conduits par la Cour sur les problématiques hospitalières, en particulier le bilan du plan Hôpital 2007², la situation financière des hôpitaux publics³, la gestion du patrimoine immobilier des centres

² Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VI : Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers. La documentation française, p.145-170, disponible sur www.ccomptes.fr

³ Cf. Cour des comptes. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VII : Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics. La documentation française, p.201-228, disponible sur www.ccomptes.fr

hospitaliers universitaires⁴, les partenariats public-privé du plan Hôpital 2007⁵.

Elle se situe également dans le prolongement des travaux menés par la Cour sur les emprunts structurés souscrits par les collectivités locales et plus généralement sur la gestion de la dette publique locale⁶, qui ont pu aborder également les problématiques de la dette hospitalière, ainsi que ceux menés sur Dexia⁷.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé le 3 février 2014 au directeur général de l'offre de soins (DGOS), au directeur de la sécurité sociale (DSS), au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, au directeur général des finances publiques (DGFIP), au directeur général du Trésor et au directeur du budget. Des extraits en ont été adressés au directeur de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), au président directeur général de la SFIL, à la directrice générale de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire, à la directrice générale du CHU de Nantes, au directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), au directeur général des Hospices civils de Lyon (HCL), au directeur général du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO), à la directrice générale du CHU de Dijon, à la directrice générale du CHU d'Amiens, au directeur général du CHU de Saint-Étienne, à la directrice générale du CH Antoine Moreau de Montoire-sur-le-Loir, à la directrice générale du CHI André Grégoire de Montreuil, et à la directrice générale du CH de Meaux. Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général

⁴ Cf. Cour des comptes, *Le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins*, communication à la commission des finances du Sénat. La documentation française, novembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr

⁵ Cf. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, tome I.2 : Les partenariats public-privé du plan Hôpital 2007 : une procédure mal maîtrisée, p. 369-395 La documentation française, février 2014, disponible sur www.comptes.fr

⁶ Cf. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2009*, tome I. Les risques pris par les collectivités territoriales et les établissements publics locaux en matière d'emprunt. La documentation française, février 2009, p. 253-277, et *Rapport public annuel 2010*, tome II. La documentation française, février 2010, p. 171-173 ; et Cour des comptes, *Rapport public thématique : La gestion de la dette publique locale*, La documentation française, juillet 2011 ; *Rapport public thématique : Les finances publiques locales*, chapitre VI : *l'accès aux crédits des collectivités locales*, La documentation française, octobre 2013, p. 250-297, disponibles sur www.ccomptes.fr

⁷ Cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique, DEXIA : un sinistre coûteux, des risques persistants*, La documentation française, juillet 2013, disponible sur www.ccomptes.fr

du Trésor et le directeur du budget ont répondu par courriers en date du 27 février 2014, le directeur général de l'offre de soins par courrier du 28 février 2014, le directeur de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) par courrier du 21 février 2014. Le directeur général des finances publiques a fait connaître le 3 mars 2014 qu'il n'avait pas de remarques à formuler. Les autres destinataires ont fait part de leurs observations à l'exception du directeur de la sécurité sociale et du directeur général du centre hospitalier régional d'Orléans.

Des auditions ont été organisées le 28 février 2014 avec le directeur général de l'offre de soins et les représentants de la direction générale du Trésor, de la direction du budget et de la SFIL. À sa demande, la directrice du CH de Meaux a également été auditionnée le 10 mars 2014.

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête de la Cour, a été délibéré le même jour par la sixième chambre présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de M. Picq, président de chambre maintenu, Mme Levy-Rosenwald, MM. Selles, Laboureux, Jamet, Fulachier, Leclercq et Potton, conseillers maîtres, la rapporteure étant Mme des Mazery, conseillère maître, Mme Levy-Rosenwald, conseillère maître, étant contre rapporteure.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 25 mars 2014 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes composé de M. Migaud, Premier président, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte, M. Vachia et M. Paul rapporteur général du comité, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général entendu en ses avis.

Résumé

I - Un emballement de la dette hospitalière, un ralentissement récent

Un triplement en dix ans mettant le secteur hospitalier en situation critique

La dette à moyen et long terme des établissements publics de santé (EPS) a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 Md€ à la fin 2012, soit 1,4 % du PIB. Cette évolution s'est répercutée dans la dette publique notifiée à la Commission européenne, dont la dette hospitalière constitue l'une des composantes. Après des années de croissance annuelle supérieure à 15 %, un début de ralentissement peut être observé depuis 2010, le taux de progression de la dette à moyen et long terme des EPS étant revenu à 6 % en 2012, toutes choses égales par ailleurs.

Le niveau atteint par l'endettement hospitalier au terme de ces dix années de croissance apparaît critique. Le service de la dette, qui tient compte des charges d'intérêt et des obligations annuelles de remboursement des hôpitaux, atteignait 4,1 % des produits d'exploitation fin 2011, alors que le taux de marge brute non aidée des établissements publics de santé, qui doit également financer des investissements annuels incompressibles, s'élevait à 5,1 %. Sans amélioration de la marge brute des hôpitaux, ou sans octroi d'aides financières extratarifaires, le poids actuel de l'endettement mettrait donc les hôpitaux dans l'incapacité de financer à l'avenir leurs investissements courants.

Une politique d'investissements massifs fondée sur l'emprunt

Cette progression spectaculaire trouve pour l'essentiel son origine dans une politique de soutien à l'investissement privilégiant le financement par l'endettement, dans le cadre des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Le choix des projets ainsi aidés a été réalisé sans prise en compte suffisante des considérations d'efficacité qui auraient dû guider la modernisation du parc hospitalier. Faute d'une démarche véritablement discriminante, les investissements financés ont dépassé les

objectifs fixés initialement par le gouvernement, entraînant une dilution des aides dans un grand nombre d'opérations faiblement soutenues, majoritairement financées par l'emprunt, et à la viabilité économique insuffisante.

À cette défaillance de la tutelle s'est ajoutée de la part des gestionnaires hospitaliers une vision exagérément optimiste de l'accroissement de l'activité des établissements publics et de sa traduction en termes de recettes dans le nouveau système de tarification à l'activité, de nature à fausser les perspectives de financement. Le resserrement de l'ONDAM hospitalier et ses conséquences sur le niveau des tarifs n'ont pas été anticipés.

La dynamique des plans nationaux d'investissement hospitalier s'est traduite par une forte poussée de l'endettement net annuel, qui s'est poursuivie jusqu'en 2010 avant de voir progressivement son rythme de croissance s'infléchir.

Un ralentissement à consolider

La forte croissance de l'endettement hospitalier a été facilitée par la suppression quasi totale des contrôles sur les emprunts des hôpitaux publics par les ordonnances de 2005 supprimant la délibération des conseils d'administration sur l'emprunt puis par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 qui a considérablement renforcé en ce domaine les pouvoirs propres des directeurs d'établissements.

La prise de conscience progressive, au tournant des années 2010, des risques attachés à la croissance et à la composition de la dette hospitalière a conduit les pouvoirs publics à encadrer le recours des établissements publics de santé à l'emprunt en subordonnant ce dernier à l'autorisation des agences régionales de santé pour les hôpitaux les plus endettés.

Parallèlement, la logique des plans nationaux hospitaliers a été abandonnée et les modalités de soutien aux opérations des hôpitaux ont été revues en privilégiant désormais les aides en capital par rapport aux aides à l'endettement, et en fixant un objectif de taux de marge brute d'exploitation aux établissements publics de santé souhaitant mener à bien un projet d'investissement.

Pour parvenir à la stabilisation de la dette hospitalière projetée par le ministère de la santé à l'horizon 2015, ces principes devront être appliqués avec une absolue rigueur, le recours à l'endettement devant être

réservé aux projets économiquement viables. Cette rigueur est d'autant plus nécessaire que l'enveloppe annuelle d'investissements hospitaliers telle qu'arrêtée actuellement s'inscrit dans une perspective de stabilisation de l'endettement hospitalier plus que dans une stratégie de désendettement que les contraintes accrues sur l'ONDAM pourraient rendre désormais indispensable.

II - Des tensions de trésorerie récurrentes

Un gonflement des dettes non financières

En 2011 et 2012, les tensions sur la trésorerie de certains hôpitaux se sont traduites par une hausse de leur dette non financière (notamment de leur dette sociale), qui a commencé toutefois à se résorber en 2013.

Certains établissements de santé proches de la rupture de trésorerie

Parallèlement à la hausse des disponibilités de l'ensemble des établissements, gonflées par les tirages de précaution effectués sur des crédits à moyen et long termes, les difficultés rencontrées par certains hôpitaux ont conduit le ministère de la santé à mettre en place un dispositif de veille régionale de la situation de trésorerie des établissements publics de santé.

La systématisation des plans prévisionnels de trésorerie glissants à l'ensemble des hôpitaux publics leur permettrait de suivre de manière dynamique leurs flux d'encaissements et de décaissements et de mieux anticiper leurs difficultés.

Des financements à court terme plus difficiles à mobiliser

Les réticences des banques à accorder des crédits à court terme au secteur hospitalier se sont traduites par le non renouvellement de certaines lignes de crédit et par l'abaissement des plafonds d'emprunt, certains établissements de santé se trouvant de ce fait confrontés à une véritable impasse de trésorerie.

Si le recours aux lignes de crédit de trésorerie apparaît nécessaire pour les hôpitaux qui sont dotés d'un fonds de roulement insuffisant, cet instrument est également utile pour les établissements de santé affichant un objectif de gestion en trésorerie zéro, qui impose la négociation de lignes de crédits de précaution.

L'expérimentation d'émission de billets de trésorerie par les trois plus importants établissements publics de santé, dotés d'une surface financière et d'une organisation administrative suffisantes, serait à cet égard souhaitable.

III - Des risques persistants

Un risque d'assèchement des concours bancaires contré par l'action des pouvoirs publics

À la suite de la crise financière de 2008 puis du démantèlement de Dexia, l'intervention de la Caisse des dépôts et consignations et les financements de la Banque européenne d'investissement et de l'Agence française de développement ont permis d'éviter une trop forte contraction des crédits bancaires offerts aux hôpitaux. La montée en puissance de la Banque Postale Collectivités Locales, opérationnelle depuis février 2013, devrait consolider la part des intervenants publics dans les financements hospitaliers.

Les banques se montrent plus sélectives qu'auparavant dans leurs décisions de financement des établissements publics de santé. Les conditions qui leur sont imposées sont également plus restrictives qu'avant la crise, en termes de mobilisation des crédits (impossibilité de caler les tirages sur l'avancée effective des chantiers immobiliers ou informatiques), de durée (rarement supérieure à quinze ans), et surtout de conditions tarifaires.

Si l'action des pouvoirs publics a permis d'éviter un assèchement des financements, les hôpitaux demeurent pénalisés par le niveau élevé des marges bancaires qui leur sont appliquées. Le lancement d'émissions obligataires groupées des centres hospitaliers universitaires a répondu à un souhait de diversifier les ressources de long terme des hôpitaux et d'en réduire le coût, en s'inspirant de la démarche initiée par l'AP-HP. Le développement de ce mode d'appel aux marchés financiers ne peut être envisagé qu'avec prudence.

Une exposition aux emprunts structurés aussi dangereuse que celle des collectivités locales

Les hôpitaux ont été nombreux à souscrire des emprunts structurés, assortissant une bonification initiale des taux d'intérêt d'un risque d'accroissement important des charges financières au cours d'une

deuxième phase. Les emprunts les plus risqués, interdits par la charte de bonne conduite signée par les banques en 2009 à l'issue de la mission de médiation confiée par le Premier ministre à M. Éric Gissler, représentaient fin 2012 près d'1 Md€, soit 4 % de l'encours total des établissements publics et étaient concentrés sur moins d'une centaine d'établissements de santé. Les encours à risque élevé (interdits ou classés parmi les plus élevés par la charte) atteignaient 2,5 Md€, soit 9 % de l'encours total. Un examen des encours de la Société de financement local (SFIL), héritière de la majeure partie des encours de Dexia, montre que 19 % des créances de cette banque sur les hôpitaux peuvent être qualifiés de « structurés sensibles », soit une proportion équivalente de celle constatée pour les collectivités locales (20 %).

Alors que de nombreux contrats ont déjà basculé en phase de majoration des taux d'intérêt, le coût de sortie des emprunts structurés apparaît extrêmement élevé ; près d'1 Md€ fin 2012 pour sortir des emprunts hors charte, les indemnités de remboursement anticipé atteignant 1,4 Md€ pour l'ensemble des emprunts à risque élevé. À partir de la clôture des comptes 2013, les hôpitaux devront progressivement mettre en œuvre un provisionnement de ces emprunts structurés. Le choix de la méthode de valorisation, plus ou moins proche du calcul des indemnités de remboursement anticipé, selon que seront intégrées ou non les anticipations de marché, déterminera l'impact de ces provisions sur les comptes des hôpitaux.

Il est indispensable que le ministère de la santé définisse une démarche de désensibilisation mieux organisée et plus claire des encours à risque des hôpitaux. Un dispositif spécifique de soutien, incitant financièrement les établissements publics de santé à neutraliser leur risque, pourrait être envisagé à cet égard, le coût de la désensibilisation étant partagé entre les banques et les emprunteurs.

L'élaboration et la présentation d'une stratégie de gestion de la dette par les directeurs d'établissements de santé

L'élaboration par les chefs d'établissements hospitaliers d'une stratégie de recours à l'emprunt et de désensibilisation de l'encours structuré, qui serait soumise à leurs conseils de surveillance et aux agences régionales de santé, doit constituer un levier indispensable d'une prise de conscience collective, dans une perspective de désendettement progressif et de recherche de gains d'efficacité indispensables pour restaurer les marges de manœuvre financières des établissements.

Récapitulatif des recommandations

- 1. réserver le financement des investissements par l'emprunt exclusivement aux projets permettant aux établissements publics de santé d'atteindre un taux de marge d'au moins 8 % ;*
- 2. généraliser à l'ensemble des établissements publics de santé l'obligation de construire un plan prévisionnel de trésorerie sur six mois glissants ;*
- 3. permettre l'expérimentation par les trois plus grands centres hospitaliers régionaux de l'émission de billets de trésorerie ;*
- 4. définir au niveau central une démarche d'ensemble claire et organisée de désensibilisation des emprunts structurés souscrits par les établissements publics de santé, faisant apparaître les priorités et les modalités de la sécurisation des encours des hôpitaux ;*
- 5. envisager pour le secteur hospitalier la création d'un dispositif spécifique de soutien partageant l'allègement du coût de la neutralisation des risques attachés aux emprunts structurés entre les banques et les emprunteurs ;*
- 6. obliger les directeurs des établissements à présenter annuellement au conseil de surveillance la stratégie de gestion de la dette de l'établissement, précisant, le cas échéant, la démarche de sécurisation des emprunts structurés, avant transmission à l'agence régionale de santé pour approbation.*

Introduction

Longtemps contenu à un niveau relativement modeste, l'endettement des établissements publics de santé (EPS) a triplé en dix ans pour atteindre 29,3 Md€ fin 2012⁸. La dette des hôpitaux publics représente désormais à elle seule 1,4 % du PIB. Comptabilisée dans la dette publique notifiée par la France au titre de ses engagements européens, elle représente ainsi un enjeu important pour les finances publiques.

La maîtrise de cet endettement constitue au premier chef une priorité pour des hôpitaux publics, dont la situation financière demeure fragile⁹ et qui devront continuer à renouveler leurs équipements dans les années à venir, dans un contexte marqué pour de nombreux établissements par des difficultés d'accès au crédit à la suite de la crise financière d'octobre 2008 et par la présence dans l'encours de leur dette de produits financiers à risque.

Cette situation a conduit tardivement à encadrer le recours à l'emprunt des EPS à la fin 2011 et à confier aux agences régionales de santé la mission de suivre les difficultés de trésorerie des établissements les plus fragiles sur le plan financier.

Deux ans après ces premières mesures, et bien qu'un début de ralentissement du rythme de croissance de la dette puisse être observé, l'emprunt hospitalier est cependant encore porté par les opérations d'investissement lancées dans le cadre du plan Hôpital 2012, et les risques attachés aux produits structurés demeurent importants.

⁸ Les chiffres sur l'endettement des établissements publics de santé présentés dans cette communication reflètent la situation constatée à la fin 2012, dernière année pour laquelle les comptes financiers des EPS sont disponibles. Les données financières provisoires pour l'année 2013 ne devraient pas être connues avant mai 2014. Les données définitives sont habituellement disponibles près de dix mois après la fin de l'exercice (soit octobre 2014).

⁹ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement sur la sécurité sociale pour 2013*. La documentation française, chapitre VII : *les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics*, p. 201-228, disponible sur www.ccomptes.fr

Pour rendre compte de ces différentes problématiques, la présente communication examine dans un premier temps la dynamique d'ensemble de la dette hospitalière au cours de la dernière décennie, longtemps favorisée par un contexte conjuguant une très forte relance de l'investissement hospitalier et un complet bouleversement de la gouvernance des établissements publics de santé.

Elle analyse ensuite plus spécifiquement dans un deuxième chapitre les tensions de trésorerie récurrentes des hôpitaux, dont certains ont connu des risques de rupture dans la période récente.

Elle aborde enfin la persistance de certains problèmes : des difficultés d'accès au crédit perdurent dans un contexte marqué par la recomposition du paysage bancaire ; les emprunts structurés que les établissements publics de santé ont souscrits dans une proportion analogue à celle des collectivités locales pèsent très lourdement sur leurs perspectives financières.

Chapitre I

Un emballement de la dette hospitalière, un ralentissement récent

I - Un triplement en dix ans

La dynamique des plans nationaux de soutien à l'investissement hospitalier qui se sont succédé depuis le début des années 2000 a été fondée par les pouvoirs publics sur le levier de la dette. Elle a ainsi favorisé un triplement en dix ans de la dette à moyen et long termes des établissements publics de santé, sans aucun contrôle par les autorités régionales et nationales du montant et de la qualité des emprunts souscrits par les hôpitaux. La stabilisation de cet endettement, qui pèse désormais fortement sur les finances hospitalières, nécessite une démarche beaucoup plus sélective en matière d'investissements, engagée tardivement par le ministère de la santé.

A - Après une croissance à un rythme sans précédent, un infléchissement récent

1 - Une dynamique exponentielle jusqu'à 2010

La dette hospitalière résulte de l'agrégation des emprunts souscrits par les établissements publics de santé, dont les comptes sont tenus par les comptables publics et centralisés par la direction générale des finances publiques. Sa composante à moyen et long termes a enregistré un triplement depuis 2003, en passant de 9,8 à 26,5 Md€ en 2011, puis 29,3 Md€ en 2012.

Tableau n° 1 : évolution de la dette à moyen et long termes des EPS*en Md€*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Encours de la dette	9,8	10,9	12,0	13,5	15,9	18,9	21,9	24,2	26,5	29,3
Évolution N/N-1	10 %	11 %	10%	13 %	18 %	19 %	16 %	10 %	10 %	10 %

Source : direction générale des finances publiques et direction générale de l'offre de soins

L'encours a augmenté en moyenne de 16 % pendant les années 2006 à 2009 et a atteint jusqu'à 19 % d'une année sur l'autre en 2009 après 18 % en 2008. Sa croissance a été ramenée à un rythme de 10 % en 2010, encore très élevé, comme en 2011.

L'année 2012 marque une inflexion plus sensible que ne le fait apparaître le tableau. L'obligation depuis 2012 de retracer intégralement dans les comptes hospitaliers les engagements pris dans le cadre des différentes formes de partenariats public-privé (PPP) pour mieux mesurer les charges en résultant pour les établissements a conduit en effet à inscrire 1 149 M€ supplémentaires au bilan des EPS.

Des partenariats hospitaliers public-privés mal maîtrisés

La Cour et les chambres régionales des comptes ont examiné récemment¹⁰ les conditions dans lesquelles il a été recouru pour la première fois dans le domaine hospitalier aux partenariats public-privé (PPP) à l'occasion de la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

¹⁰ Cf. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, tome I-2, chapitre V : les partenariats publics privés du plan Hôpital 2007 : une procédure mal maîtrisée. La documentation française, p.369-395, disponible sur www.ccomptes.fr.

Elles ont constaté que lors du lancement de ce dernier, aucune disposition n'a été prise pour mettre les établissements en mesure de disposer d'une appréciation exacte des conséquences financières de ces dispositifs. La difficulté d'une correcte appréciation de la charge résultant des PPP a été d'autant plus forte que nulle règle n'imposait aux établissements de santé une inscription dans les documents budgétaires, sauf le coût annuel.

L'objectif premier était d'étaler la charge de l'investissement dans le temps. Certes, les taux d'emprunts obtenus par des partenaires privés sont plus élevés que ceux consentis aux personnes publiques mais la perspective de recettes croissantes liées à l'augmentation attendue de l'activité et à la mise en place de la tarification à l'activité devait permettre d'absorber ce surcoût.

L'examen de différentes opérations, notamment la construction du centre hospitalier Sud francilien, montre que les responsables hospitaliers étaient généralement dépourvus de l'expertise nécessaire pour négocier au mieux les conditions financières de ces contrats complexes.

Au demeurant, il ressort de l'enquête des juridictions financières que les opérations réalisées par le biais de partenariats public-privé hospitaliers n'ont pas évité les écueils souvent constatés en matière d'investissements immobiliers des établissements de santé : tendance au surdimensionnement (ainsi par exemple, un étage du centre hospitalier Sud francilien demeurait inoccupé fin 2013), effort de rationalisation des activités inabouti, insuffisante attention aux évolutions de prise en charge des patients, sans préjudice de multiples contentieux financiers.

La décomposition de cette dette pour les années 2011 et 2012 fait apparaître l'effet de ce changement de méthode sur les engagements financiers à long terme des établissements publics de santé.

Tableau n° 2 : détail de la dette à long et moyen termes des EPS en 2011 et 2012*en M€*

	2011	2012
Chapitre 16 - emprunts et dettes assimilées	26 758	29 382
dont 163 - emprunts obligataires	1 606	1 695
164 - emprunts auprès des établissements de crédit	24 551	25 930
167 - emprunts assortis de conditions particulières	377	1 503
dont 1675 - dettes - partenariats public-privé	30	1 179
168 - autres emprunts et dettes assimilés	205	234

Source : comptes financiers des EPS. Extraction Cour des comptes¹¹.

Si l'on neutralise l'effet de ce changement comptable, qui traduit justement dans les comptes le poids des engagements souscrits depuis plusieurs années par les hôpitaux dans le cadre des conventions de partenariats public-privé, la progression de la dette hospitalière à moyen et long termes de 2011 à 2012 est ramenée à 6 %, ce qui témoigne d'une consolidation du début de ralentissement qui s'observe à partir de 2010.

2 - Un poids croissant dans la dette publique au sens de la comptabilité nationale

La dette hospitalière retranscrite par l'INSEE dans les comptes nationaux, qui sert de fondement au calcul des engagements européens de la France, comprend non seulement la dette à moyen et long termes mais également les engagements à court terme des établissements publics de santé (EPS), ainsi que les engagements à court et moyen/long termes des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)¹².

¹¹ La différence entre l'encours de dette figurant dans le tableau n° 1 et celui répertorié dans le tableau n° 2 tient pour l'essentiel aux intérêts courus non échus, répertoriés au chapitre 16 de l'instruction comptable M21, mais que ni la DGFIP ni la DGOS ne comptabilisent dans la dette hospitalière.

¹² Dénommés avant la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires », établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

La dette des hôpitaux dans la comptabilité nationale

Les données de la comptabilité nationale, publiées par l'INSEE à partir des données transmises par la DGFIP, retracent la dette des budgets principaux des hôpitaux publics et celle des ESPIC. Les données sur les hôpitaux publics sont issues des comptes financiers centralisés par la DGFIP, tandis que les données relatives aux ESPIC sont transmises par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui les extrait des comptes qui lui sont communiqués par les établissements.

Cette dette comprend les engagements financiers de moyen et long termes contractés par les hôpitaux (tels qu'ils sont retranscrits au chapitre 16 du plan de compte de l'instruction comptable M21 pour les EPS), ainsi que les engagements de court terme représentés par le solde en fin d'année des tirages sur lignes de crédit (compte 519 de la M21 pour les EPS).

La prise en compte de la dette des ESPIC dans celle des administrations publiques est justifiée par leur statut d'organisme à but non lucratif : réputés avoir une activité non marchande et être contrôlés par les administrations publiques¹³, les établissements privés à but non lucratif ont été classés dans le sous-secteur des administrations de sécurité sociale au même titre que les EPS.

Cette classification commune fait passer la dette hospitalière au sens de la comptabilité nationale de 1,4 % du PIB (sans les ESPIC) à 1,6 % du PIB (ESPIC compris).

La dette hospitalière globale ainsi recensée dans les comptes nationaux atteignait 32,4 Md€ à la fin 2012, soit 1,6 % du PIB. Elle représentait 17 % de celle des administrations publiques locales au sens de l'INSEE en 2012, contre 9 % en 2002.

¹³ Bien que le lien de tutelle de ces établissements avec les administrations hospitalières soit moins direct que celui des hôpitaux publics : cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre X : la place de l'hospitalisation privée à but non lucratif. La documentation française, p.279-305, disponible sur www.ccomptes.fr

Tableau n° 3 : dette hospitalière intégrée dans les comptes nationaux*en M€*

	2008	2009	2010	2011	2012
EPS	19 878	22 710	25 479	28 303	29 310
ESPIC	2 202	2 381	2 764	3 121	3 083
total	22 079	25 091	28 243	31424	32 393

*Source : direction générale des finances publiques***B - Les grandes caractéristiques de la dette hospitalière**

Le niveau d'information des pouvoirs publics sur la dette hospitalière est plus élevé que celui dont ils disposent sur la dette des collectivités locales.

L'Observatoire de la dette

Aux données issues des comptes financiers, qui ne renseignent pas sur la nature des contrats de prêts souscrits par les établissements, s'ajoutent en effet celles qui sont extraites de l'outil intitulé Observatoire de la dette (ODT), construit et géré par l'ATIH à la demande de la direction générale de l'offre de soins. Celui-ci permet d'analyser le profil d'endettement des hôpitaux à partir des informations transmises par les établissements.

Il serait souhaitable d'accroître la robustesse de cet outil, aujourd'hui insuffisamment fiable pour ce qui concerne les indemnités de remboursement anticipé (IRA) des emprunts structurés et de donner à l'enquête un caractère annuel, afin de permettre la constitution progressive d'une véritable base de données.

Depuis la clôture des comptes 2013, les établissements publics de santé doivent ajouter à leur annexe aux comptes un état F3bis, contenant de nombreuses informations sur l'encours de dette, dont des informations sur les indemnités de remboursement anticipé. La direction générale de l'offre de soins a d'ores et déjà demandé à l'ATIH d'exploiter à l'avenir ces états 3Fbis pour l'enquête ODT, afin d'éviter les doubles saisies et d'améliorer ainsi la qualité des informations rassemblées.

La durée résiduelle de la dette s'établissait fin 2012 à 18,5 années. Cette valeur moyenne recouvre des durées de vie résiduelles nettement plus longues pour une partie de l'encours : en 2012, 27 % de l'encours

avait une durée de vie résiduelle supérieure à 25 ans, et 4 % une durée de vie résiduelle supérieure à 30 ans.

La part des emprunts à taux fixe a augmenté de manière significative depuis 2010, passant de 47 % de l'encours à 53 % à la fin 2012. Le bas niveau des taux d'intérêt observé en 2011 et 2012 peut expliquer une préférence pour les taux fixes lors de la signature des contrats de prêts, qui modifie progressivement le profil de l'encours. Le reste de l'encours, soit 47 % du total, est composé en majorité d'emprunts à taux variable.

Tableau n° 4 : répartition des encours par nature de contrat

en Md€

	encours 31/12/10	encours 31/12/12	variation
emprunts à taux fixe sur la durée de vie du contrat	10,4	13,7	32 %
emprunts à taux indexé sur la durée du contrat	5,2	5,9	15 %
emprunts avec options	2,2	2,6	16 %
emprunts avec plusieurs tranches de taux	3,1	2,3	-26 %
emprunts obligataires	1,3	1,6	19 %
total	22,2	26,1	17 %

Source : ATIH. Enquête ODT 2012 (périmètre de 718 établissements permettant une analyse à champ constant)

La part des intérêts à taux fixe est plus faible pour les CHU (36 % de l'encours 2010 et 39 % de l'encours 2012) que pour les autres établissements. L'encours obligataire est en quasi-totalité porté par les CHU (*cf. infra*).

Le taux d'intérêt annuel moyen de l'encours total est en légère augmentation, passant de 3,3 % à fin 2010 à 3,4 % à fin 2012, alors que les taux à moyen/long terme ont diminué sur cette période : le TEC

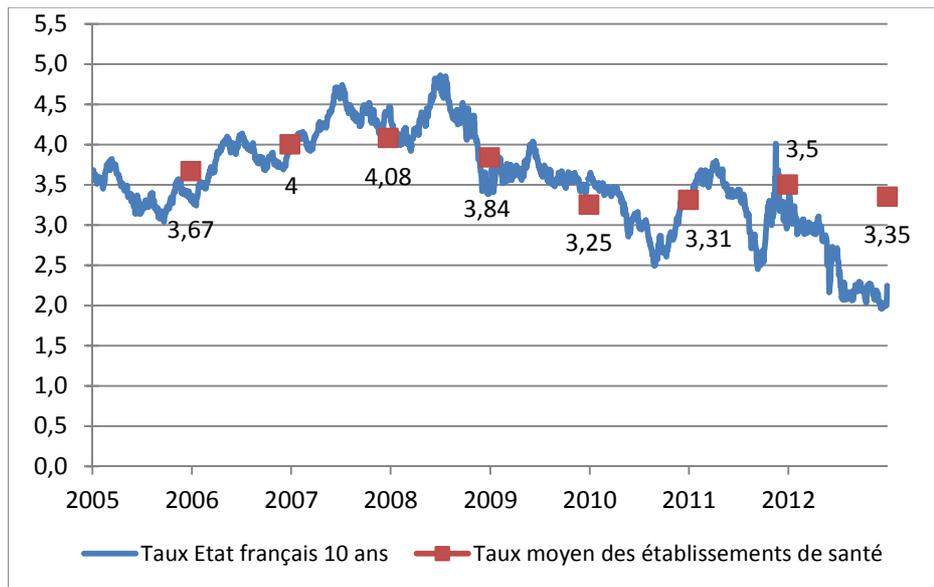
moyen pondéré¹⁴ de l'encours hospitalier, calculé par référence aux taux des valeurs d'État, est passé de 3,4 % en 2010, à 2,5 % en 2012. Le fait que cette diminution ne soit pas répercutée dans le taux d'intérêt moyen de l'encours peut être mis en relation avec l'augmentation des marges bancaires, qui a plus que compensé la baisse des taux.

Le graphique suivant, qui retrace l'évolution sur huit ans du taux d'intérêt moyen de la dette des EPS, fait apparaître en fin de période un décrochage entre ce taux et celui des emprunts d'État à dix ans. Ce décalage s'explique, d'une part, par la présence dans l'encours d'emprunts souscrits à une époque où les taux de marché étaient plus élevés, mais d'autre part, également par le renchérissement des marges bancaires, qui éloigne les taux offerts aux établissements hospitaliers des références de marché.

¹⁴ TEC : taux de l'échéance constante d'une valeur d'État de même maturité. Le TEC dix ans est ainsi le taux de rendement actuariel d'une OAT fictive d'échéance exactement égale à dix ans. Le TEC moyen pondéré est calculé en pondérant les TEC de chaque échéance par les encours des tranches de durée correspondantes.

Graphique n° 1 : évolution du taux d'intérêt moyen de la dette des EPS

Taux moyen = moyenne pondérée par les encours de dette des taux actuariels



Source : Société de conseil Finance Active

Indépendamment des problèmes posés par la présence dans l'encours d'emprunts structurés (*cf. infra*), le fait qu'une part significative de ce dernier soit assortie de taux variables entraînerait une hausse mécanique du coût de la dette en cas de remontée des taux d'intérêt. Pour une remontée des taux d'intérêt de 200 points de base, le coût de la dette augmenterait de 250 M€¹⁵.

L'enquête ODT permet également de répartir l'encours de dette en fonction du taux d'intérêt perçu (taux moyen de l'année pour les emprunts à taux variables).

¹⁵ Le service de la dette passerait alors de 4,1 % à 4,5 % des produits d'exploitation.

Tableau n° 5 : répartition des encours par tranche de taux

Taux d'intérêt	Répartition des encours 2010	Répartition des encours 2012
0-1 %	10,8 %	11,3 %
1-2 %	11,8 %	8,2 %
2-6 %	76,5 %	79,1 %
6-12 %	0,8 %	1,2 %
> 12 %	0,1 %	0,2 %
total	100,0 %	100,0 %

Source : ATIH. Enquêtes ODT 2010 et ODT 2012

Alors que près de 80 % des encours avaient en 2012 un taux d'intérêt compris entre 2 et 6 %, une part très minoritaire (0,2 % en 2012) avait un taux supérieur à 12 %, résultant selon toute probabilité de l'activation d'un coefficient multiplicateur dans une formule de taux structuré. La part de l'encours assortie de taux inférieurs à 2 %, soit au total 19,5 % de l'encours 2012, est composée pour partie d'emprunts complexes qui se situent encore en période de bonification des taux d'intérêt (*cf. infra*).

C - Un niveau d'endettement devenu critique

L'alourdissement du poids de la dette hospitalière a logiquement une très forte incidence sur les ratios habituellement utilisés pour apprécier la situation financière : la dépendance financière (part de la dette dans les capitaux permanents) augmente de moitié en dix ans, approchant 50 %, et le taux d'endettement (encours de dette sur le total des produits d'activité) double à près de 40 %.

La charge de la dette a progressé moins rapidement que son encours, en raison de la baisse des taux d'intérêt sur l'ensemble de la période : le montant global des intérêts payés par les EPS est passé de 403 M€ en 2003 à 928 M€ en 2012. Il a ainsi un peu plus que doublé pour représenter 1,4 % du total de leurs charges d'exploitation. Le service de la dette, qui tient également compte des obligations annuelles de remboursement, connaît une progression plus modérée (de 3,8 % des produits d'exploitation en 2003 à 4,1 % en 2011), en raison de l'allongement des durées d'amortissement des emprunts contractés.

Tableau n° 6 : évolution des ratios d'endettement des EPS

	2003	2007	2011	2012 ¹⁶
dépendance financière	33 %	40 %	49 %	50 %
taux d'endettement	19 %	27 %	37 %	39 %
durée apparente de la dette (dette/CAF)	3,4	5,6	6,3	7,1
charges intérêt sur charges exploitation	0,9 %	1,0 %	1,3 %	1,4 %
service de la dette sur produits d'exploitation	3,8 %	3,7 %	4,1 %	4,7 %

Source : Cour des comptes (à partir de données transmises par la direction générale des finances publiques)

Si la baisse des taux d'intérêt et l'allongement de la durée des crédits ont pu atténuer l'effet de la hausse de l'encours de dette sur les charges d'exploitation des hôpitaux, le taux d'endettement atteint par certains d'entre eux aujourd'hui apparaît néanmoins critique, comme le montre l'annexe 4 qui dresse la liste des 12 CHU et des 12 centres hospitaliers les plus endettés.

La référence à la marge brute dans l'appréciation de la soutenabilité de l'endettement des établissements publics de santé

La criticité du niveau d'endettement peut en être appréciée en se référant à la marge brute des établissements de santé, qui mesure la différence entre leurs produits et leurs charges, avant les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions.

La marge brute se calcule en déduisant de la somme des produits bruts d'exploitation et des subventions d'exploitation et autres produits d'exploitation les consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel. Elle peut également se calculer en soustrayant de la capacité d'autofinancement le résultat financier et le résultat exceptionnel.

¹⁶ Les ratios pour 2012 tiennent compte des engagements pris dans le cadre des partenariats public-privé, intégrés dans la dette des hôpitaux à partir de cet exercice.

La marge brute doit permettre de financer les investissements courants, ainsi que le service de la dette couvrant les investissements immobiliers lourds. Le niveau d'endettement peut être considéré comme critique lorsque la différence entre la marge brute, défalquée des aides financières (marge brute « non aidée ») et le service de la dette (charges d'intérêt et amortissement des emprunts) ne permet pas de financer les investissements courants.

Les investissements courants incompressibles représentant en moyenne 3 % des produits d'exploitation des établissements publics de santé¹⁷, l'endettement d'un hôpital apparaît soutenable lorsque sa marge brute est supérieure de 3 % au service de sa dette. Si on se réfère au niveau actuel du service de la dette des établissements de santé (4,1 % des produits d'exploitation), l'atteinte d'un taux de marge de 8 % paraît nécessaire, en moyenne, pour financer un nouvel investissement hospitalier sans fragiliser davantage les établissements.

La marge brute non aidée des hôpitaux publics s'élevait à 5,1 % de leurs produits d'exploitation en 2011. Elle devait couvrir un service de la dette qui représentait à lui seul 4,1 % des produits d'exploitation. Elle ne suffisait donc pas, en l'état, pour financer sans aides complémentaires les investissements courants incompressibles du secteur hospitalier.

II - Des plans d'investissement massifs financés principalement par l'emprunt

L'emballlement de la dette des établissements publics de santé trouve son origine dans les deux plans nationaux de soutien à l'investissement hospitalier qui se sont succédé au cours de la première décennie 2000.

¹⁷ Cf. rapport IGAS/IGF RM2013-032P et n° 2012-M-072-02 sur l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, établi par MM. Pierre Aballea, Patrice Legrand, Arnaud Vanneste, membres de l'IGAS, et MM. Didier Banquy et Pierre Painault, membres de l'IGF, mars 2013.

A - Un pari sur la capacité financière des établissements

À l'instar du plan Hôpital 2007, engagé en 2002, qui a fortement contribué à la hausse de l'endettement hospitalier en encourageant le recours aux crédits bancaires¹⁸, le plan Hôpital 2012, lancé en 2007, a favorisé le financement des investissements par la dette, les aides au remboursement des emprunts prenant le pas sur les aides en capital, plus consommatrices de ressources de l'assurance-maladie intégrées dans l'ONDAM de l'année.

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012

Le plan Hôpital 2007, initié fin 2002 par le ministre de la santé, était conçu comme un plan de modernisation et d'accompagnement de l'offre de soins hospitalière. Il regroupait plusieurs volets dont la mise en place de la tarification à l'activité et un programme de relance de l'investissement hospitalier sur la période 2003-2007. Il avait été fondé sur différentes études, dont l'une, assez peu précise cependant, estimait que la réhabilitation ou la reconstruction des bâtiments des CHU demandait à elle seule entre 5,6 et 6,5 Md€ à un horizon de cinq ans. Il prévoyait d'allouer aux établissements de santé, sous diverses formes (subventions, mais principalement aides à l'exploitation permettant le financement de remboursement d'emprunts) 6 Md€ sur cinq ans pour permettre d'augmenter de 30 % leur effort d'investissement et de ramener ainsi de 13 à 8 ans le délai nécessaire pour mettre à niveau leur patrimoine. Fin 2007, le montant total des investissements effectués dans le cadre de ce programme était estimé à plus de 16 Md€, soit un montant très supérieur aux objectifs initiaux, et un taux de soutien en revanche très inférieur (les aides de l'assurance-maladie ont été maintenues au niveau annoncé lors du lancement du plan).

¹⁸ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VI : Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers. La documentation française, p.145-170, disponible sur www.ccomptes.fr

Le plan Hôpital 2012, lancé à sa suite en 2008, avait pour objectif de prolonger cette dynamique d'investissement sur la période 2008-2012, en mobilisant un effort de 10 Md€ grâce à l'apport de 5 Md€ d'aides, essentiellement pour faciliter le remboursement d'emprunts, avec un objectif de 85 % des montants consacrés au secteur immobilier. Seule sa première tranche, qui concernait à hauteur de 72 % l'immobilier affecté aux soins, a été toutefois mise en œuvre, eu égard aux difficultés financières de beaucoup d'établissements et à la considérable progression de la dette hospitalière liée à ces deux plans.

1 - Une préférence pour l'emprunt accentuée par la nature des aides octroyées

Les deux plans hospitaliers ont privilégié le recours à l'emprunt par rapport aux aides en capital, dans des proportions qui se sont accrues au fur et à mesure que le nombre et le montant des opérations retenues dépassaient les objectifs initiaux.

Les subventions en capital, versées à partir du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), alimenté par une dotation de l'assurance maladie, devaient initialement représenter 1,5 Md€ dans le plan Hôpital 2007 ; 4,5 Md€ d'investissements devaient être financés par ailleurs par 430 M€ d'aides annuelles en fonctionnement, destinées à couvrir les charges d'intérêts et d'amortissement des emprunts contractés par les hôpitaux. La sélectivité insuffisante des opérations aidées du fait notamment des multiples priorités définies par les pouvoirs publics qui se sont superposées sans procédure rigoureuse a entraîné un gonflement de la part financée par l'emprunt. Celle-ci a été en définitive près de trois fois supérieure aux objectifs initiaux. Les aides annuelles en fonctionnement devaient initialement répartir sur la durée d'amortissement des installations l'apport de crédits d'assurance maladie, tout en finançant l'intégralité de l'effort d'investissement. Elles ont surtout eu pour effet de faciliter le recours à l'emprunt, tout en laissant l'essentiel de la charge de remboursement à porter par les établissements de santé.

Le plan Hôpital 2012 reprenait cette logique, en prévoyant que les aides couvriraient 50 % du coût des opérations (soit 5 Md€ sur les 10 Md€ d'investissements visés au terme de ce plan dont seule la première tranche a été exécutée). Le financement global du plan devait être assuré à hauteur de 1,2 Md€ sous forme de subventions du FMESPP et à hauteur de 3,8 Md€ par des aides en exploitation de l'assurance

maladie pour la couverture du recours à l'emprunt, les hôpitaux conservant à leur charge la moitié du coût des investissements, qu'ils pouvaient couvrir par l'autofinancement et/ou par un endettement additionnel.

2 - Une surévaluation des recettes attendues de la tarification à l'activité

La logique qui a sous-tendu le recours à l'emprunt dans le cadre des deux plans de soutien à l'investissement a souffert de plusieurs biais financiers, dont la mesure n'a pas été prise à temps.

Les aides au remboursement, insuffisantes pour couvrir la totalité des charges d'intérêt et d'amortissement en raison de leur dilution dans un nombre croissant d'opérations, ont autorisé un examen des perspectives de retour sur investissement moins rigoureux que celui qui aurait été exigé en l'absence d'aide financière.

Le passage à la tarification à l'activité a conduit les gestionnaires hospitaliers et leurs tutelles à intégrer dans les plans de financement des prévisions de croissance de l'activité, et donc de recettes, irréalistes, en tablant sur un accroissement des parts de marché des hôpitaux engageant de nouveaux investissements. Ce parti pris délibérément optimiste a été un pari sur les capacités financières des établissements dans le contexte de la mise en place de la tarification à l'activité. Il n'a intégré cependant ni les réallocations qui devaient être effectuées entre les établissements de santé dans une logique de convergence tarifaire (plus d'1,2 Md€ de financements ont été ainsi redistribués entre les hôpitaux comme conséquence du passage à la tarification à l'activité¹⁹), ni la compensation de la hausse globale de l'activité par une baisse régulière des tarifs des séjours hospitaliers, de manière à enrayer un risque inflationniste patent.

Le ralentissement de la progression de l'ONDAM, qui atteignait 6,4 % en 2003, pour revenir à 3,9 % en 2007, et s'établir à 2,5 % en

¹⁹ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : Tarification à l'activité et convergence tarifaire. La documentation française, p.199-228, disponible sur www.ccomptes.fr

2012²⁰, n'a pas été anticipé dans les projections financières produites à l'appui des projets d'investissement financés par l'emprunt. Ce qui pouvait paraître viable pour un établissement de santé avec une dynamique de dépenses de l'assurance maladie équivalente à celle qui prévalait au début des années 2000 est ainsi devenu financièrement intenable dès lors que l'ONDAM a été placé sous une forte contrainte.

Alors que la pertinence médico-économique des investissements financés dans le cadre du plan Hôpital 2007 et de la première tranche du plan Hôpital 2012 n'a pas fait l'objet dans bien des cas d'un examen véritablement discriminant, les paramètres financiers qui devaient guider les calculs de retour sur investissement des opérations financées par l'emprunt apparaissaient eux-mêmes insuffisamment rigoureux. La dette, qui se voulait l'instrument de la modernisation du parc hospitalier, s'est emballée et le poids qu'elle atteint désormais pèsera durant plusieurs décennies sur des établissements de santé désormais confrontés aux baisses tarifaires. Dans la plupart des cas, leurs investissements massifs ne permettent pas de dégager les marges financières suffisantes pour assurer dans ce contexte leur équilibre financier.

B - Des investissements massifs souvent décidés sans véritable considération d'efficience

1 - Des investissements massifs soutenus par l'emprunt

Entraînés par ces programmes nationaux, les investissements des hôpitaux sont passés de 3,6 Md€ en 2003 à 5,5 Md€ en 2007 puis 6,7 Md€ en 2009 et sont demeurés supérieurs à 6 Md€ en 2010 et 2011. Bien qu'en décroissance à partir de 2010, l'endettement net annuel est resté supérieur à 2 Md€ jusqu'en 2012, année où il s'établit à 1,6 Md€, abstraction faite de la comptabilisation dans la dette à partir de cet exercice des engagements pris au titre des partenariats public-privé (*cf. supra*).

²⁰ Évolution des dépenses constatées.

Tableau n° 7 : tableau de financement des EPS*en Md€*

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
remboursement dette	1,4	1,6	1,8	1,8	1,6	1,6	1,9	2,1	2,0	1,9
immobilisations	3,1	3,6	4,4	4,7	5,3	5,5	6,2	6,7	6,4	6,4
autres emplois	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
total emplois	4,6	5,4	6,2	6,6	7,0	7,2	8,1	8,8	8,5	8,3
capacité d'autofinancement	2,7	2,8	3,5	3,1	2,9	2,8	3,4	4,0	3,9	4,3
emprunts	1,7	2,2	2,9	2,8	3,1	4,0	4,8	5,0	4,3	4,1
dotations subventions	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
autres ressources	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2
total ressources	4,8	5,5	7,1	6,5	6,5	7,2	8,7	9,5	8,8	9,0
variation du fonds de roulement	0,2	0,1	0,9	-0,1	-0,5	0,0	0,5	0,7	0,3	0,6

Source : direction générale des finances publiques (d'après le rapport AS/IGF RM2013-032P et n° 2012-M-072-02)

Le pic d'investissement a été atteint en 2009. Un premier ralentissement se constate en 2010, du fait des effets sur l'obtention de nouveaux crédits de la crise financière et bancaire. La prise de conscience tardive de la rapidité de la progression de l'endettement hospitalier et des risques découlant de la souscription de produits structurés a conduit à l'automne 2011 les pouvoirs publics à geler la deuxième tranche du plan Hôpital 2012 et à encadrer le recours des EPS à l'emprunt (*cf. infra*).

Le gel du plan Hôpital 2012 n'a eu cependant qu'un impact progressif sur l'encours, les opérations d'investissement décidées dans la période précédente donnant encore lieu à des tirages dans les années suivantes.

Tableau n° 8 : part de l'endettement dans le financement des investissements hospitaliers de 2003 à 2012

en Md€

Emplois		Ressources		
investissements	55,0	endettement net	18,7	32 %
abondement fonds de roulement	3,3	capacité d'autofinancement	34,8	59 %
autres emplois	0,6	subventions et cessions	5,4	9 %
total	58,9	total	58,9	100 %

Source : direction générale des finances publiques et direction générale de l'offre de soins (calculs Cour des comptes)

Sur la période 2003-2012, les subventions et les cessions²¹ ont représenté moins de 10 % des ressources d'investissement des établissements publics de santé, tandis que la capacité d'autofinancement en a constitué près de 60 %. Le recours à l'endettement a finalement représenté près du tiers (32 %) des moyens mobilisés par les établissements publics de santé pour financer leurs investissements, et de manière plus marginale pour abonder leur fonds de roulement, durant ces dix années de très forte modernisation des équipements et du parc immobilier des hôpitaux.

2 - Des opérations souvent décidées sans véritable considération d'efficience

À l'occasion de plusieurs enquêtes, la Cour a constaté que cet effort sans précédent d'investissement qui pèsera durablement sur la situation financière des établissements publics de santé a été souvent conduit sans considération suffisante d'efficience.

Les directeurs des agences régionales d'hospitalisation se sont vus fixer des objectifs d'investissement, qui déclinaient les objectifs nationaux en fonction de la population des différentes régions et non en

²¹ Cf. Cour des comptes, *Le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins*, communication à la commission des finances du Sénat. La documentation française, novembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr

fonction de besoins préalablement identifiés. Cette approche volontariste, insuffisamment discriminante, a conduit à financer de nombreux projets insuffisamment aboutis. Les objectifs de densification du patrimoine immobilier ont été parfois inexistant, les opérations de regroupement internes ont été peu nombreuses et l'impact de l'évolution des techniques de soins sur l'activité n'a généralement pas été anticipé. Dans nombre de cas, l'effort d'investissement s'est traduit par des dépenses de fonctionnement supplémentaires²².

Le levier de l'investissement n'a pas été mis autant qu'il aurait été nécessaire au service d'une reconfiguration et d'une rationalisation de l'offre de soins à même de permettre de dégager au sein des établissements des marges accrues d'efficience comme le montre, entre autres exemples relevés, le caractère encore inabouti du projet de regroupement du CHU de Besançon²³.

Le projet de regroupement du CHU de Besançon financé dans le cadre du plan Hôpital 2007

La réalisation du bâtiment hospitalier Jean Minjoz au début des années 1980 en périphérie de Besançon devait permettre de transférer les activités hospitalières du site historique en centre-ville (hôpital Saint-Jacques). Or, pour des raisons d'économies, le nouveau bâtiment a finalement été amputé, sur une de ses ailes, de quatre étages, ce qui ne permettait plus d'accueillir la totalité des activités hospitalières du site Saint-Jacques. Le CHU a donc fonctionné depuis 1982 avec deux sites distincts, ce qui a entraîné des difficultés de fonctionnement et des surcoûts importants : des investissements immobiliers ont été engagés pour maintenir aux normes le site de Saint-Jacques, au détriment de l'hôpital Jean Minjoz qui a été peu entretenu.

Le projet médical de l'établissement de 2003 a réitéré le projet de regroupement sur le site Jean Minjoz, ce qui a impliqué la construction de nouveaux bâtiments (pour 190,8 M€ financés dans le cadre du plan Hôpital 2007).

²² Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VI : Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers. La documentation française, p.145-170, disponible sur www.ccomptes.fr

²³ Cf. Cour des comptes, Communication à la commission des finances du Sénat, La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affectés aux soins. La documentation française, juin 2013, disponible sur www.ccomptes.fr

Deux autres opérations sont également en cours: la mise aux normes de sécurité de la tour Jean Minjoz en site occupé (coût prévisionnel de 92,4 M€, hors désamiantage) ; l'opération « IRFC-Labo » de construction du plateau technique régional de cancérologie et de restructuration des laboratoires (financée dans le cadre du plan Hôpital 2012 pour un coût prévisionnel de 61,7 M€). L'ensemble de ces opérations devraient être achevées en 2017.

Le transfert des services de l'hôpital Saint-Jacques sur le site de l'hôpital Jean Minjoz s'est cependant fait sans réduction de capacité ni rationalisation organisationnelle : le nouvel hôpital comprend globalement le même nombre de lits et places que précédemment et une organisation des unités similaire à l'ancienne (unités d'hébergement de 20 à 26 lits au lieu des standards actuels de 28 à 32 lits).

Le regroupement ne sera pas au demeurant totalement abouti puisque la direction générale du CHU et les directions stratégiques doivent demeurer sur le site historique en centre-ville, faute de place sur le site Jean Minjoz.

Le choix du levier de la dette pour réaliser les opérations retenues au titre des deux plans nationaux d'investissement pouvait sembler justifié de deux points de vue : d'une part parce qu'il permettait d'étaler la dépense d'assurance maladie sur la durée d'amortissement des nouveaux équipements ; d'autre part parce qu'il aurait dû amener les hôpitaux à analyser rigoureusement la pertinence de l'opération projetée, notamment en effectuant un calcul de retour sur investissement²⁴, plus indispensable encore que dans le cas d'une subvention en capital²⁵.

Faute d'une véritable sélection des projets présentés aux agences régionales d'hospitalisation, la préférence pour la dette s'est en réalité apparentée à une véritable fuite en avant, les durées de remboursement des emprunts et les prévisions de recettes des établissements de santé servant de variables d'ajustement.

²⁴ Le calcul d'un retour sur investissement n'est pas pertinent pour toutes les opérations, telles les opérations de mises aux normes, coûteuses et indispensables, mais pas nécessairement porteuses de gains d'efficience.

²⁵ Cette logique avait ainsi conduit la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) à soutenir le transfert par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 d'une partie de la dotation du FMESPP sur l'ONDAM, au motif qu'en diminuant les apports en capital, les établissements publics de santé devraient davantage s'interroger sur la pertinence de leurs investissements.

III - Un pilotage à encore améliorer

La très forte progression de la dette hospitalière a été favorisée par l'accroissement de la latitude d'action, traditionnellement déjà importante, dont les pouvoirs publics ont fait bénéficier les directions hospitalières en matière financière dans le même temps qu'ils relançaient l'investissement hospitalier.

Le début de ralentissement dans le rythme de la progression de la dette constaté récemment a été rendu possible par une modification tardive de la politique hospitalière, touchant aussi bien le recours au crédit que la sélection des investissements. Cette nouvelle approche, qui donne aux considérations de soutenabilité un poids nettement plus important qu'auparavant, demande encore à être confirmée.

A - Une autonomie de plus en plus complète des établissements de santé en matière d'emprunts

La croissance immaîtrisée de la dette hospitalière est allée de pair avec des évolutions profondes de la gouvernance des établissements qui ont considérablement accru l'autonomie des gestionnaires.

1 - Avant 2005, un contrôle du recours à l'emprunt de moins en moins effectif

Les établissements publics de santé ont traditionnellement bénéficié de la possibilité de contracter librement des emprunts sur le fondement de l'autonomie financière et administrative que leur reconnaît l'article L. 6141-1 du code de la santé publique.

Avant 2005, le recours à l'emprunt nécessitait toutefois une délibération du conseil d'administration de l'établissement, qui était comme telle transmise aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Cette soumission au vote de l'assemblée délibérante n'a pas eu plus d'impact sur les décisions d'endettement que cela n'a été le cas pour

les collectivités locales²⁶. Le conseil d'administration n'a pas joué le rôle de filtre qui aurait pu être le sien, notamment vis-à-vis des emprunts structurés les plus risqués, les élus membres du conseil ayant au demeurant dans certains cas déjà accepté de financer des investissements locaux à l'aide de ce type de produits (cf. le recours massif aux emprunts structurés de la ville et du CHU de Saint-Étienne). Par ailleurs, les directeurs d'établissements ont parfois soumis au vote de leurs conseils d'administration des délibérations les habilitant à recourir à l'emprunt dans le cadre de plafonds élevés, ce qui les dispensait de venir par la suite leur présenter les caractéristiques des crédits qu'ils envisageaient de souscrire.

Les délibérations sur les emprunts étaient au demeurant exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'ARH, dont les capacités d'action étaient strictement encadrées par l'article L. 6143-4 du code de santé publique : il ne pouvait que demander un avis à la chambre régionale des comptes sur les délibérations entraînant des dépenses « de nature à menacer l'équilibre budgétaire de l'établissement », et, le cas échéant, procéder à une annulation de la décision sur avis conforme de la chambre régionale, ou saisir le tribunal administratif pour les délibérations considérées comme illégales. De fait, les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ne se sont pas opposés aux décisions d'emprunts des établissements publics de santé. Leur attention portait davantage sur le lancement rapide des projets d'investissement des hôpitaux, dans le contexte créé par le plan Hôpital 2007.

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a supprimé l'emprunt de la liste des matières soumises à la délibération du conseil d'administration. À partir de cette date, les agences régionales n'ont plus eu à connaître du recours à l'emprunt des hôpitaux, sur lequel elles étaient de fait très peu intervenues dans la période précédente.

Le réseau de la direction générale des finances publiques n'avait pas davantage à intervenir dans les négociations des établissements avec les établissements de crédit. Certains agents des directions régionales des

²⁶ Cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les finances publiques locales, chapitre VI : l'accès aux crédits des collectivités locales*. La documentation française, octobre 2013, p. 250-297, disponible sur www.ccomptes.fr

finances publiques (DRFiP) se sont cependant préoccupés précocement des risques pris dans le cadre de contrats souscrits par les hôpitaux. C'est notamment le cas de la DRFiP Pays de la Loire, qui a eu à connaître assez tôt des emprunts structurés conclus par le CHU de Nantes, dont un emprunt indexé sur le cours du *brent*, sans toutefois avoir réussi à obtenir de la direction de l'établissement une modification de sa stratégie d'endettement.

D'une manière générale, et en dépit de l'obligation pour les établissements publics de santé de transmettre à leur tutelle leurs projets d'emprunt jusqu'en 2005, la liberté dont ont bénéficié les équipes de direction des EPS ne différait pas fondamentalement de celle dont jouissent les collectivités territoriales durant la période où l'endettement hospitalier a cru fortement et où se sont multipliées les offres de produits structurés, de manière d'autant plus anormale que leur statut d'établissement public sous tutelle et leur absence de possibilité de lever des ressources propres les en distingue fondamentalement.

2 - Une autonomie en matière financière encore renforcée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a encore renforcé les compétences financières du directeur de l'hôpital. Le financement de l'exploitation et des investissements ressort des compétences générales qui lui sont conférées par l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. L'information du conseil de surveillance n'est que rétroactive, la délibération sur le compte financier lui donnant accès aux informations sur l'exercice écoulé disponibles dans les annexes.

La création des agences régionales de santé (ARS) a, par ailleurs, bouleversé le cadre d'exercice de la tutelle, en imposant une réorganisation des équipes chargées du suivi des hôpitaux, et en distendant parfois le lien établi entre les chefs d'établissement et les directeurs des nouvelles agences, au champ d'action plus large que celui des directeurs des anciennes agences régionales d'hospitalisation.

Le contrôle du recours à l'emprunt, ineffectif bien que possible au début des années 2000, plus difficile à mettre en œuvre après 2005, a été ainsi levé à contretemps. L'encadrement décidé à la fin 2011 est intervenu à l'inverse tardivement, dès lors précisément que la progression

de la dette hospitalière avait atteint entre 2008 et 2009 pas moins de 19 % après + 18 % entre 2008 et 2007.

B - Un encadrement tardif et partiel du recours à l'emprunt

1 - La création d'un régime d'autorisation pour les établissements publics de santé les plus endettés

L'encadrement du recours à l'emprunt des hôpitaux a nécessité une modification du code de la santé publique par l'article 12 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011-2014²⁷.

L'article L. 6141-2-1 du code, qui énumère les ressources dont bénéficient les établissements publics de santé, prévoit désormais que celles-ci peuvent comprendre des emprunts et avances, « dans des limites et sous les réserves fixées par décret ».

Le décret du 14 décembre 2011²⁸ pris sur ce fondement crée un régime d'autorisation pour les établissements publics de santé fortement endettés.

L'encadrement du recours à l'emprunt des établissements publics de santé

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 subordonne à l'autorisation du directeur général de l'ARS le recours à l'emprunt des établissements dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 %²⁹ ;

²⁷ Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010.

²⁸ Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements de santé.

²⁹ Il s'agit en réalité d'un ratio de « dépendance financière ».

- la durée apparente de la dette, mesurée en rapportant l'encours total à la capacité d'autofinancement, excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Ce décret fixe également les caractéristiques des emprunts bancaires et des produits dérivés qui peuvent être souscrits par les hôpitaux publics. Les emprunts à taux variable doivent ainsi remplir des conditions spécifiques en termes de formules d'indexation et d'indices sous-jacents (utilisation d'indices usuels du marché interbancaire ou monétaire de la zone euro, ou indexation sur des taux réglementés du marché monétaire, tels ceux du Livret A), de manière à écarter la souscription de produits structurés, sauf dans le cadre de la désensibilisation d'une dette contractée antérieurement³⁰.

Les contrats financiers doivent pour leur part correspondre à des opérations de couverture des risques financiers, les indices sous-jacents étant les mêmes que ceux autorisés pour les emprunts. Les opérations de type spéculatif sont strictement proscrites.

Un décret modificatif pris le 7 mai 2012 a limité à cinq ans la période transitoire durant laquelle les établissements publics de santé pourront déroger à ces dispositions pour désensibiliser leur dette.

Si elle prohibe de manière générale les emprunts structurés, la procédure instaurée par le décret de 2011 est cependant moins contraignante qu'il n'y paraît au premier abord :

- en premier lieu parce qu'elle ne concerne pas tous les établissements, son champ variant d'une année sur l'autre en fonction de l'évolution des ratios d'endettement, le ratio rapportant la dette à la capacité d'autofinancement connaissant une forte instabilité ;
- en second lieu parce que la demande adressée à l'ARS porte sur le plafond annuel d'emprunt, et non pas sur les contrats de prêts eux-mêmes, qui demeurent du ressort des directeurs

³⁰ La renégociation d'emprunts structurés s'effectue souvent par étapes, par la substitution d'un emprunt moins risqué mais néanmoins complexe à un emprunt moins bien situé dans l'échelle des risques (*cf. infra*).

d'établissement. Cette demande apporte peu d'éléments nouveaux par rapport à ceux présentés dans le plan global de financement pluriannuel, auquel le directeur général de l'ARS peut notamment déjà s'opposer dès lors que le niveau d'endettement de l'établissement serait considéré comme non compatible avec sa situation financière.

Dans les faits, les agences régionales de santé comme les établissements peuvent donner plus de contenu à cet échange, notamment dans le cas des hôpitaux projetant un important projet d'investissement, ou dans les cas de restructuration de dettes composées pour partie de produits structurés. L'aval donné par les agences régionales est désormais déterminant dans l'appréciation portée par les banques sur la signature et sur l'éligibilité au crédit des établissements de santé fortement endettés.

Parallèlement, le renforcement progressif des obligations comptables pesant sur les établissements publics de santé, dans la perspective notamment de la certification progressive de leurs comptes à partir de l'exercice 2014, permet à leurs tutelles comme au demeurant aux établissements de crédit de mieux apprécier l'endettement des établissements.

Des normes comptables devenues récemment plus précises et contraignantes

Le renforcement des normes comptables visant les établissements publics de santé concerne en premier lieu les obligations de provisionnement :

- pour les emprunts obligataires remboursables *in fine*, création en 2012 d'un compte 1632 destiné à la constatation par anticipation de l'équivalent des amortissements de capital qui seraient pratiqués au cours de l'exercice si l'emprunt avait un profil de remboursement régulier ;

- pour les risques attachés aux emprunts structurés, création en 2013 d'un chapitre 152 intitulé « provision pour risques et charges sur emprunts » (*cf. supra*).

L'amélioration de la documentation financière repose en second lieu sur l'enrichissement de l'annexe aux comptes des hôpitaux, qui a été complétée sur plusieurs points relatifs à leur dette par une circulaire de juillet 2013³¹ :

- création de tableaux complétant l'information sur la dette obligataire (dont un tableau retraçant la situation des comptes 1631 « emprunts obligataires remboursables *in fine* » et 1632 « opérations sur capital non échû des emprunts obligataires remboursables *in fine* - anticipation du remboursement en capital ») ;

- création d'un état F3 bis complétant l'état F3 relatif à la dette financière à long et moyen termes, destiné à fournir des informations comptables sur les dettes financières, notamment complexes, et sur les instruments dérivés.

2 - Une procédure dont relève un tiers des hôpitaux publics

Le tableau suivant retrace la situation des établissements publics de santé au regard des critères d'endettement posés par le décret de décembre 2011.

Il fait apparaître que plus de la moitié d'entre eux avait en 2012 un taux d'endettement, défini par le rapport entre leur encours de dette à moyen et long termes et leurs produits d'activité, supérieur à 30 %, que près d'un tiers avait un taux de dépendance financière supérieur à 50 %, et qu'un quart avait une durée apparente de sa dette supérieure à dix ans.

³¹ cf. circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/2013/276 du 25 juillet 2013 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2013 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Tableau n° 9 : situation des EPS au regard des ratios du décret de 2011

	nombre d'EPS	%
Durée apparente de la dette > 10 ans	245	25 %
Endettement/produits d'activité > 30 %	499	52 %
Taux de dépendance financière > 50 %	298	31 %

Source : direction générale de l'offre de soins (à partir des comptes 2012)

La procédure instaurée en 2011 prévoit que deux au moins de ces ratios d'endettement soient supérieurs à la valeur limite fixée par le décret pour que les nouveaux emprunts d'un établissement soient soumis à l'autorisation de l'ARS. Le croisement de ces critères a conduit à identifier un ensemble de 335 EPS (soit 35 % du total) dont le recours à l'emprunt était encadré.

Tableau n° 10 : EPS soumis pour leurs emprunts à l'autorisation de l'ARS

Catégorie	2 critères	3 critères	2 ou 3 critères	% du total
AP-HP	0	0	0	0 %
CH (ex HL)	47	44	91	27 %
CH < 20 M€	18	9	27	28 %
CH > 70 M€	42	38	80	49 %
CH 20-70 M€	44	42	86	43 %
CHR	6	9	15	48 %
CHS	10	4	14	15 %
GCS	1	0	1	50 %
HL	0	0	0	0 %
divers	13	8	21	48 %
Total général	181	154	335	35 %

Source : direction générale de l'offre de soins (à partir des comptes 2012)

Les établissements considérés comme fortement endettés au sens du décret de 2011 sont plus nombreux parmi les centres hospitaliers régionaux et universitaires et les centres hospitaliers gros et moyens, dont ils représentent près de la moitié (respectivement 48 % pour les CHR-CHU, 49 % pour les hôpitaux ayant un chiffre d'affaires supérieur à

70 M€, et 43 % pour ceux dont le chiffre d'affaire est compris entre 20 et 70 M€), tandis qu'ils sont moins nombreux parmi les anciens hôpitaux locaux, les petits centres hospitaliers et les anciens hôpitaux psychiatriques.

Un examen plus détaillé révèle que certains établissements dépassent de très loin les seuils fixés par le décret de 2011, tels le CHU de Saint-Étienne (cf. infra), qui a une durée apparente de dette de 18 ans, un taux d'endettement de 61 % et un taux de dépendance financière de 82 %, ou le centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil (Seine-Saint-Denis) qui a une durée apparente de dette de 15 ans, un taux d'endettement de 96 % et un taux de dépendance financière de 77 % (cf. infra).

Le CHU de Saint-Étienne : un surendettement et un encours important d'emprunts structurés

Le CHU de Saint-Étienne, dont le budget approche 500 M€, avait à la fin 2012 une dette proche de 290 M€, composée à plus de 50 % d'emprunts structurés. Le service de la dette absorbe 6,3 % des produits d'exploitation de l'hôpital, et constitue donc un obstacle majeur dans la voie du retour à l'équilibre de l'établissement.

La dette du CHU trouve son origine dans la reconstruction et la restructuration d'une grande partie de ses installations de médecine, chirurgie, obstétrique et de psychiatrie sur son site de l'hôpital Nord. Cet investissement de 148 M€, essentiellement financé par l'emprunt, a fait l'objet d'une aide dans le cadre du plan Hôpital 2007, sous forme de crédits budgétaires fléchés contribuant au paiement des charges financières.

En sus de l'opération de regroupement à l'hôpital Nord soutenue au titre du plan Hôpital 2007, le CHU de Saint-Étienne a consacré 239 M€ au cours de la période 2000-2010 à d'autres restructurations et à des investissements courants. Il a ainsi investi sur dix ans, 387 M€ en bénéficiant de la part de la tutelle d'un montant d'aide contractualisé de 32,5 M€, qui ne représentait que 6 % du montant total des investissements, mais qui facilitait néanmoins le recours à l'emprunt.

Pour servir sa dette, grevée par la présence d'emprunts structurés qui sont entrés en phase de majoration des taux d'intérêt, tout en continuant de financer ses investissements courants, le CHU de Saint-Étienne devrait atteindre à fin 2016 une marge de l'ordre de 9,5 % des produits de son exploitation principale. Dans une note de l'agence régionale de santé Rhône-Alpes pour le COPERMO³² de juin 2013, il est noté que « la charge de la dette qui doit être assumée par le CHU au titre des remboursements de capital et charges d'intérêts excède le niveau maximal absorbable par un hôpital dans des conditions normales de performance ».

Le poids de la dette sur l'exploitation du CHU de Saint-Étienne tient en partie à l'impact des emprunts structurés souscrits pour financer ses investissements. En juillet 2012, le CHU a décidé d'assigner devant les tribunaux la banque Dexia, qui lui a délivré ces prêts. La situation de l'établissement est également imputable à un surendettement dont la mesure n'a pas été prise à temps. Au-delà du projet de regroupement de l'hôpital Nord, la dynamique du plan Hôpital 2007 a eu un effet d'entraînement sur l'ensemble des investissements du CHU, sans prise en compte de la soutenabilité de sa situation financière.

En décembre 2013, le CHU de Saint-Étienne a signé avec l'agence régionale de santé un contrat de retour à l'équilibre financier, dans lequel il s'engage sur un taux cible de marge brute de 8 %, nécessitant une réduction drastique des investissements et des mesures de maîtrise des charges et de restructurations, en contrepartie d'une aide budgétaire de 28 M€ allouée pour la période 2013-2016.

Les situations de surendettement correspondent souvent à des établissements dont les projets n'auraient jamais dû être financés par l'emprunt. Même si la dimension de l'établissement est modeste, la rénovation du centre hospitalier de Montoire-sur-le-Loir, dont le taux d'endettement atteint 128 %, est illustrative de telles situations.

³² Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers

Un financement par la dette inadéquat : le cas du centre hospitalier de Montoire-sur-le-Loir.

Le centre hospitalier de Montoire-sur-le-Loir, *ex* hôpital local spécialisé dans l'accueil des personnes âgées dépendantes (15 lits sanitaires et 158 places d'EHPAD en 2013), présentait en 2007 un taux de vétusté extrêmement élevé.

Compte tenu de la forte demande d'admissions dans cet établissement de proximité, le projet de construction/rénovation faisait consensus parmi les partenaires de l'EHPAD (conseil général, municipalité, ARH), et ce en dépit de son coût élevé (21,6 M€). Les subventions accordées par le conseil général et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne couvrant que 40 % du projet, le reste a été financé par l'emprunt, au moyen d'un prêt accordé par la Caisse des dépôts et consignations avec la garantie du conseil général du Loir-et-Cher et de la ville de Montoire. L'ARH est pour sa part intervenue au moyen d'une aide de 1 M€, destinée à couvrir une partie des surcoûts de charges financières et d'amortissement imputables au secteur sanitaire.

Le service de la dette déséquilibre désormais une exploitation déjà fragile en raison de la lourdeur des cas pris en charge dans l'établissement. Dès la fin 2013, les tensions sur sa trésorerie ont contraint l'établissement à négocier la mise à disposition d'une ligne de crédit de 750 000 €. Les difficultés auxquelles il est aujourd'hui confronté étaient parfaitement prévisibles dès le lancement du projet immobilier, qui, s'il apparaissait pertinent, aurait dû être majoritairement financé par subventions.

C - Un soutien à l'investissement désormais sélectif

Alors que la première tranche du plan Hôpital 2012, lancé en 2007, avait conduit selon le ministère de la santé à sélectionner un montant total d'investissements de 5,6 Md€, aidés à hauteur de 2,2 Md€, la prise de conscience du caractère excessif de la progression de la dette des établissements publics de santé a conduit à différer la deuxième tranche, qui aurait dû être lancée en septembre 2011.

Critiquée pour les effets d'aubaine dont ont pu bénéficier certains établissements qui auraient pu davantage autofinancer leurs investissements, et inversement par l'encouragement donné à l'endettement d'établissements pourtant fragiles sur le plan financier, la logique des plans hospitaliers pluriannuels a été abandonnée au profit d'un processus annuel de revues de projets, articulant un niveau régional et un niveau national.

1 - Une préférence pour les aides en capital

Pour les opérations supérieures à 50 M€, qui relèvent désormais du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)³³, et doivent faire l'objet d'une contre-expertise du commissariat général à l'investissement (CGI), une doctrine d'allocation des aides à l'investissement a été précisée en mai 2013. Cette dernière tend à limiter l'accroissement de la dette en privilégiant les aides en capital par apport aux aides en exploitation qui favorisent le recours à l'emprunt (elles allègent le service de la dette pendant la durée d'amortissement de l'emprunt). L'aide pourra ainsi être attribuée à hauteur de 80 à 100 % sous forme d'aide en capital pour les établissements les plus endettés, la proportion d'aide en capital diminuant avec le taux d'endettement, pour être ramenée 20 % lorsque ce taux est particulièrement faible.

Les aides ne devraient, par ailleurs, pas représenter en principe plus de 50 % du montant des investissements. La liste des exceptions à cette règle est cependant suffisamment large (établissements isolés, surendettement initial de l'établissement mais investissement prioritaire, investissements exceptionnels de mise en sécurité des patients) pour recouvrir la situation de très nombreux établissements de santé.

Pour que l'infléchissement dernièrement constaté dans la progression de la dette débouche sur une stabilisation de l'encours, la nouvelle procédure devra s'accompagner en tout état de cause d'une sélection beaucoup plus rigoureuse des nouveaux investissements hospitaliers. Le ministère devra de plus veiller à ce qu'une même logique soit appliquée aux projets inférieurs à 50 M€, les plus importants en nombre et en masse, et qui ne passent pas par le filtre du COPERMO. À cet égard, un recensement au fil de l'eau des engagements pris par les établissements publics de santé, qui faisait défaut pour le suivi des plans

³³ Le COPERMO résulte du regroupement du comité de suivi des risques financiers et du comité national de validation des projets d'investissement et du comité de pilotage des projets performance. Il est composé de représentants du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère délégué au budget, et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements hospitaliers et médico-sociaux et du commissariat général à l'investissement.

Hôpital 2007 et Hôpital 2012, devrait être mis en œuvre par le ministère de la santé.

2 - Un financement par la dette réservé aux projets économiquement efficaces

Le triplement en dix ans de la dette est d'autant plus préoccupant qu'il a servi dans de nombreux cas à financer des projets qui alourdissent les charges d'exploitation (charges financières, frais de maintenance et d'entretien), sans améliorer la productivité hospitalière.

Le ralentissement progressif de l'encours de dette, qui demande encore à être confirmé, doit ainsi nécessairement aller de pair avec une sélectivité accrue des projets qui apparaîtront suffisamment rentables pour être financés par l'emprunt. Le recours à l'endettement, qui fait peser sur les exercices ultérieurs le poids des intérêts et les charges de remboursement des emprunts contractés, rend impérative la prise en compte de la dimension économique dans la décision d'investissement.

En ce sens, l'atteinte à terme d'un taux de marge non aidée de l'ordre de 7 à 8 %, permettant de couvrir un service de la dette à hauteur de 5 % et de financer des investissements courants représentant de l'ordre de 3 % des produits d'exploitation, est désormais considérée comme indispensable par le ministère de la santé pour pouvoir contracter de nouveaux emprunts destinés à financer un investissement. Si la fixation d'un objectif de marge brute aux établissements projetant de nouveaux investissements apparaît justifiée, le fait d'afficher une marge brute élevée ne saurait cependant aucunement dispenser d'un examen critique de la pertinence d'une opération financée par l'endettement, d'autant que le mode de calcul du taux de marge brute non aidée apparaît pour partie discutable.

L'exclusion des aides versées aux établissements vise à éviter que les calculs de rentabilité ne soient biaisés par les concours accordés en dehors de la tarification à l'activité et du financement des missions d'intérêt général. Le ministère de la santé limite cependant cette exclusion aux aides exceptionnelles en trésorerie. Il intègre dans son calcul tant les aides structurelles à l'investissement que les aides à l'exploitation actées dans les contrats pluriannuels d'objectifs, ce qui amène à relativiser la rigueur de l'objectif de taux de marge fixé aux hôpitaux.

D - Le ralentissement de l'investissement, condition nécessaire d'une stabilisation de la dette

Les projections réalisées par le ministère de la santé sont basées sur une poursuite de la diminution des investissements annuels après 2012 (décroissance de 300 M€ en 2013, puis de 500 M€ en 2014 et 2015) entraînant une décroissance progressive de l'endettement net de l'exercice : l'excédent des nouveaux tirages sur les remboursements de l'exercice, qui atteignait 3 Md€ en 2008, puis 2,3 Md€ en 2010, passerait à 940 M€ en 2013 puis 440 M€ en 2014, avant de déboucher sur une stabilisation de la dette en 2015.

Tableau n° 11 : scénario d'évolution de la dette des EPS

en Md€

	2012	2013	2014	2015 à 2017
remboursement dette	2,4	2,0	2,0	2,0
immobilisations	5,8	5,5	5,0	4,5
total emplois	8,2	7,5	7,0	6,5
capacité d'autofinancement	4,1	4,2	4,2	4,2
emprunts	3,9	2,9	2,4	2,0
dotations subventions et autres ressources	0,8	0,4	0,4	0,4
total ressources	8,9	7,5	7,0	6,6
variation du fonds de roulement	0,8	0,0	0,0	0,1
endettement net de l'exercice	1,6	0,9	0,4	0,0
encours	29,3	30,2	30,7	30,7

Source : direction générale de l'offre de soins

Ce scénario suppose à la fois, en sus de la diminution des investissements annuels, le maintien d'une capacité d'autofinancement à son niveau de 2011 (4,2 Md€, contre 3,4 Md€ en 2008) et la stabilisation du fonds de roulement. Il s'agit d'hypothèses ambitieuses, compte tenu de la contrainte pesant sur l'ONDAM, et donc sur les recettes hospitalières provenant de l'assurance-maladie, et de la réorientation drastique que suppose le retour aux niveaux d'investissements qui prévalaient avant le lancement des plans d'investissement hospitaliers.

Si le taux de progression de l'ONDAM devait être mis sous une contrainte plus forte, la stabilisation de la dette nécessiterait de faire passer les investissements annuels sous le niveau de 4,5 Md€.

En tout état de cause, comme la Cour l'avait souligné dans sa récente communication au Sénat sur le patrimoine immobilier des CHU, les perspectives actuelles ne permettent plus de programmer des projets d'investissement d'une ampleur comparable à ceux de la décennie précédente.

Il est pour autant essentiel que les établissements de santé puissent continuer à moderniser leurs équipements et leur patrimoine affecté aux soins pour apporter aux patients qu'ils prennent en charge tout le bénéfice de progrès techniques et médicaux en permanente et rapide évolution. La poursuite de cet effort d'investissement suppose désormais une rigueur considérablement accrue dans les choix, un suivi constant et vigilant des opérations, et un encadrement renforcé du recours à l'emprunt, selon une stratégie clairement définie, soutenable financièrement et cohérente dans la durée, sauf à risquer le renouvellement de ce qui parfois a pu aboutir à un gaspillage de l'argent public facilité par la mise en œuvre d'une politique très anormalement permissive.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La progression incontrôlée de la dette hospitalière qui a accompagné les plans nationaux de soutien à l'investissement dans un contexte facilité par l'abandon par les pouvoirs publics de tout contrôle sur les emprunts des établissements de santé obère désormais leur situation et leurs perspectives financières. Faute d'une appréciation réaliste par la tutelle des perspectives ouvertes par la tarification à l'activité et des contraintes pesant sur l'ONDAM, et en l'absence d'une sélection des projets en fonction des gains d'efficience qu'ils autorisaient, les établissements publics de santé doivent désormais supporter un service de la dette élevé sans disposer le plus souvent des marges qu'auraient dû leur apporter de véritables opérations de restructuration.

Ce constat impose désormais le ralentissement du rythme d'engagement des nouveaux projets hospitaliers, qui doivent être guidés par l'exigence de retour sur investissement, très insuffisamment prise en compte dans les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Ces projets devront mettre l'accent sur l'amélioration de la productivité hospitalière, plus directement appréhendable depuis le passage à la tarification à l'activité.

Alors que la rareté des ressources d'assurance maladie limitera nécessairement les aides en capital dirigées vers les investissements hospitaliers, la stabilisation de l'encours de dette nécessite une sélectivité

accrue des opérations qui apparaîtront suffisamment efficaces pour être financées par l'emprunt.

Cette situation suppose une extrême vigilance des tutelles nationale et régionales dans la mise en œuvre des nouveaux schémas régionaux d'investissements en santé en cours de mise en place, de telle manière que leur approche soit rigoureuse, sauf à s'exposer au risque que ne se renouvellent les errements du passé.

La Cour recommande ainsi de :

- 1. réserver le financement des investissements par l'emprunt exclusivement aux projets permettant aux établissements publics de santé d'atteindre un taux de marge d'au moins 8 %.*

Chapitre II

Des tensions de trésorerie récurrentes

Dans un contexte de raréfaction de l'offre de crédit, touchant également les facilités de court terme offertes par les banques, certains établissements publics de santé (EPS), à la situation financière dégradée, se sont trouvés en 2011 proches de la cessation de paiement.

Ces situations extrêmes, nécessitant une intervention urgente de la tutelle, sont le fait d'un nombre limité d'hôpitaux. Les tensions sur la trésorerie de certains établissements, qui expliquent pour partie la hausse de leur dette non financière (notamment de leur dette sociale), vont pour autant de pair avec une hausse des disponibilités de l'ensemble des EPS, gonflées par les tirages de précaution effectués sur les crédits à moyen terme, alors que les banques demeurent très restrictives dans l'octroi de lignes de crédits à court terme.

I - Des établissements de santé confrontés à des risques de rupture de trésorerie

A - Un gonflement des dettes non financières

Les variations annuelles des dettes non financières (dettes sociales et fiscales, dettes fournisseurs) renseignent sur le comportement de paiement des hôpitaux et sur les tensions affectant la trésorerie de certains établissements particulièrement fragiles.

Une partie de ces « dettes », inscrites en classe 4 (comptes de tiers) des comptes hospitaliers, ne fait que refléter le décalage existant entre la naissance de l'obligation (qui correspond en général pour les dettes sociales aux heures effectuées par les personnels salariés) et le moment où ces montants deviennent exigibles (les cotisations de retraites sont ainsi en général exigibles au 5 du mois N +1). Il est donc naturel que les

dettes non financières des établissements représentent près d'un mois de paiement à l'organisme concerné.

Plus que la valeur absolue des montants répertoriés en classe 4, c'est leur évolution sur plusieurs années qui est à considérer pour apprécier d'éventuelles difficultés de paiement des hôpitaux.

1 - Une dette sociale en augmentation dans certains établissements

L'ensemble des dettes fiscales et sociales varie significativement en 2011 (+ 8,3 %), et faiblement en 2012 (+ 0,8 %).

Tableau n° 12 : évolution des dettes fiscales et sociales des EPS

en M€

	2009	2010	2011	2012
dettes fiscales et sociales	2 293	2 398	2 597	2 619
dont URSSAF	464	490	584	576
CNRACL ³⁴	208	229	283	262
IRCANTEC ³⁵	32	36	41	44
taxe sur les salaires	295	295	292	304

Source : comptes financiers (budgets principaux)

Parmi les dettes fiscales et sociales, les dettes vis-à-vis de l'URSSAF connaissent un fort accroissement en 2011 (+ 19 %, à 584 M€), puis diminuent légèrement en 2012 (- 1,8 %, à 576 M€).

Selon la direction de la sécurité sociale, le non-respect par certains établissements publics de santé de leurs obligations sociales constitue un phénomène nouveau : seuls pouvaient être relevés avant 2011 quelques retards de paiement, résorbés assez rapidement, qui ne justifiaient pas un suivi particulier au niveau du ministère. Devant les signalements d'impayés relayés par l'ACOSS, cette dernière a mis en place un dispositif de résorption de ces dettes, comprenant le suivi global de ces

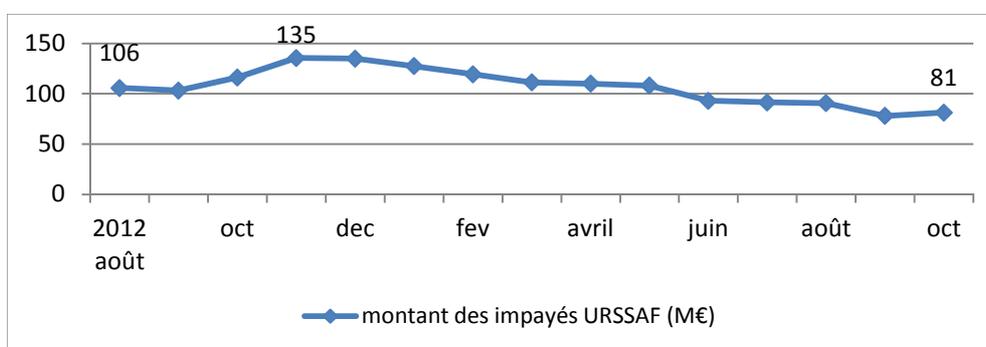
³⁴ Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

³⁵ Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités locales.

impayés par la direction de la sécurité sociale à partir de la mi-2012, la négociation de plans de paiement au plan local et l'introduction d'un lien entre l'octroi d'aides d'urgence et l'apurement des arriérés sociaux.

Conséquence de ces mesures et des aides à la trésorerie octroyées par le ministère en 2012 et 2013, les impayés d'un montant supérieur à 1 M€ ont décliné pour revenir à 81 M€ en octobre 2013, après avoir culminé à 135 M€ en novembre 2012.

Graphique n° 2 : évolution des impayés URSSAF des EPS



NB : seuls sont répertoriés les impayés > 1 M€

Source : direction de la sécurité sociale

Les dettes vis-à-vis de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), qui couvre la fonction publique territoriale et hospitalière, se sont également significativement accrues en 2011 : les montants figurant dans les comptes des établissements ont augmenté de 24 % pour atteindre 283 M€, avant de diminuer de 7 % et revenir à 262 M€ en 2012.

Les créances sur les hôpitaux répertoriées par la CNRACL sont d'un montant inférieur, puisqu'elles portent uniquement sur les cotisations devenues exigibles qui n'ont pas été payées par les établissements de santé. Ces créances ont connu un gonflement en 2012, le montant des cotisations dues par les hôpitaux passant de 20 M€ à la fin 2011 à 60,8 M€ au 1^{er} janvier 2013. Les apurements de dette intervenus en 2013 ont permis de ramener ce montant à 23,5 M€ début 2014, auxquels s'ajoutent 30,3 M€ de majorations de retard et 8 M€ de cotisations impayées au titre de l'exercice 2013.

Les impayés vis-à-vis de la CNRACL sont le fait d'un nombre non négligeable d'hôpitaux (110 pour les impayés au titre de 2012, soit un dixième des établissements publics de santé) parmi lequel prédomine le centre hospitalier d'Ajaccio (Corse du Sud) dont les cotisations restant dues s'élèvent à 20,6 M€ pour les exercices 2007 à 2012. Si les obligations à l'égard de la CNRACL ont pu jouer le rôle de variable d'ajustement des difficultés de trésorerie de certains hôpitaux en 2012, la situation s'est améliorée en 2013, pour les mêmes raisons que les cotisations URSSAF.

2 - Des dettes fournisseurs impactées par l'optimisation de la gestion de trésorerie

a) *Un stock de dettes fournisseurs en légère augmentation*

Tableau n° 13 : évolution des dettes fournisseurs des EPS

en M€

	2009	2010	2011	2012
dettes fournisseurs et comptes rattachés	2 482	2 532	2 865	3 020

Source : comptes financiers (budgets principaux)

De 2009 à 2012, les dettes fournisseurs totales s'accroissent de 537 M€, soit 22 %, pour un montant total d'achats de 11,3 Md€ en fin de période.

Exprimées en jours de produits globaux, les dettes fournisseurs connaissent une évolution moins marquée sur cette période : d'après les calculs effectués par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur un échantillon d'établissements³⁶, les dettes fournisseurs sont passées de 14,0 jours de produits globaux en 2009 à 15,3 jours de produits globaux en 2012.

³⁶ Cet échantillon comprend 1 218 établissements correspondant à 90 % des produits versés par l'assurance maladie aux établissements de santé antérieurement sous dotation globale.

Si elle reflète les tensions affectant la trésorerie de certains établissements, la croissance du stock de dettes fournisseurs peut, par ailleurs, être mise en relation avec la volonté des établissements d'optimiser leur gestion de trésorerie, à travers le pilotage des délais globaux de paiement.

b) Un délai global de paiement inférieur au plafond légal

Les établissements publics de santé sont tenus de respecter le délai maximum de paiement de 50 jours prévu par l'article 98 du code des marchés publics³⁷.

Ce point est suivi avec une attention particulière par les comptables publics, qui se voient assigner des objectifs de réduction progressive des délais qui leur sont imputables. Cette réduction des délais imputables au comptable n'est cependant pas toujours accompagnée d'une diminution du délai global, comme le montre le tableau ci-après, construit à partir des statistiques transmises par la DRFiP des Pays de la Loire³⁸.

³⁷ L'article 98 du code des marchés publics renvoie au décret n° 2013-269 du 29 mars 2013, dont l'article 1^{er}, reprenant des textes antérieurs, fixe à 50 jours le délai maximum de paiement pour les établissements publics de santé.

³⁸ Les chiffres ci-après doivent être interprétés avec précaution, car le taux de représentativité de ces statistiques, fonction de la proportion de mandats exploitables (c'est-à-dire comportant une mention de la date de réception de la facture) transmis par informatique varie selon les années et les départements.

Tableau n° 14 : délais de paiement des EPS des Pays de la Loire*en jours*

	2010		2011		2012		2013	
	DGP	dont DIP						
Loire Atlantique	26,8	5,6	29,7	6,2	31	4,8	36,8	5
Maine-et-Loire	32	8,5	32,8	7,8	35,6	6,4	42,1	6,7
Mayenne	33,4	5,9	36,1	4,1	40,1	4,9	40,4	4,9
Sarthe	41,3	8,6	37,8	7,3	41	5,8	40,6	5,3
Vendée	35,2	8,7	30,8	6,4	33,6	4,6	36,3	4,1
Région Pays de la Loire	33,6	7,4	32,7	5,9	35,3	5,4	39,1	5,4

*DGP : délai global de paiement**DIP : délai imputable au comptable**Source : DRFiP des Pays de la Loire*

Les délais moyens de paiement des centres hospitaliers universitaires se situaient autour de 40 jours en 2013, avec des délais plus importants pour Nice (54,5 jours), Lille (52,5 jours), Caen (51,5 jours), et à l'opposé des délais plus réduits pour Nancy (28,2 jours), l'AP-HP (28,3 jours) et Saint-Étienne (33,4 jours)³⁹.

À Paris, la mise en place d'un service facturier⁴⁰ pourrait permettre de mieux piloter l'évolution de ce délai global, un compromis devant être trouvé entre l'objectif de réduction affiché par les pouvoirs publics et le souci d'optimisation de la gestion de trésorerie des gestionnaires hospitaliers, qui les incite au contraire à effectuer les paiements juste avant la date limite autorisée par les textes, de manière à diminuer leur besoin en fonds de roulement et de limiter leur recours à un endettement à court terme.

³⁹ Données collectées par la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires.

⁴⁰ Le service facturier est un centre de services partagés constitué entre l'ordonnateur, l'Assistance publique, et le comptable, la Trésorerie générale. Il a vocation à devenir le point unique de traitement (réception, contrôle, mise en paiement, comptabilisation) des factures des gestionnaires.

Les hôpitaux qui ont passé un accord avec leur comptable pour l'application d'un délai dit conventionnel ont d'ailleurs des objectifs de paiement proches des limites réglementaires. C'est le cas du CHR d'Orléans, qui optimise sa gestion de trésorerie en appliquant un délai standard (inférieur à 50 jours) à la majorité des factures, et un délai urgent (20 jours ou moins) aux fournisseurs qui lui consentent un escompte.

La diminution des délais moyens de paiement se heurte cependant parfois aux problèmes de trésorerie rencontrés par certains hôpitaux.

3 - Un besoin en fonds de roulement en progression

Alors que le pilotage des délais de règlement des fournisseurs vise à diminuer le besoin en fonds de roulement des établissements publics de santé, la baisse des avances reçues, passées de 1 262 M€ en 2009 à 287 M€⁴¹ en 2012, a exercé un effet inverse. Cette baisse s'explique par le remboursement à la sécurité sociale des fonds perçus par les hôpitaux lors du passage à la tarification à l'activité⁴². Cette régularisation a eu pour effet de mettre la trésorerie de certains établissements de santé sous tension à partir de 2010, alors que les financements à court terme devenaient plus difficiles d'accès.

Le tableau ci-après, établi par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir des comptes d'un échantillon de 1 218 établissements antérieurement sous dotation globale (regroupant donc établissements publics de santé et établissements de santé privées d'intérêt collectif) fait ressortir l'évolution concomitante de 2009 à 2012 du besoin en fonds de roulement, de la trésorerie et du fonds de roulement consolidé des hôpitaux.

⁴¹ Sur un échantillon de 1 218 établissements analysés par l'ATIH dans son étude « La situation financière des établissements de santé antérieurement sous dotation globale à fin 2012 ».

⁴² Cf. la circulaire interministérielle du 24 février 2010 relative au remboursement des avances 2005 et 2006 de la sécurité sociale accordées par l'assurance maladie pour la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé antérieurement sous dotation globale.

Tableau n° 15 : besoin en fonds de roulement et trésorerie des hôpitaux

en M€

	2009	2010	2011	2012	2012/ 2009
Besoin en fonds de roulement (BFR)	3 746	4 716	5 443	4 975	33 %
Trésorerie	3 558	2 954	2 901	4 326	22 %
Fonds de roulement (FR = BFR + Trésorerie)	7 304	7 670	8 344	9 301	27 %

Source : ATIH

La hausse du fonds de roulement consolidé dépasse ce qui aurait été nécessité par l'augmentation du besoin en fonds de roulement. Cette situation, financièrement non optimale, s'explique en partie par les tirages de précaution effectués en 2012 sur les crédits à moyen terme, qui ont gonflé la trésorerie des établissements (*cf. infra*).

Ces montants consolidés recouvrent des situations très différenciées d'un établissement à un autre, qui expliquent l'apparition de retards de paiements (*cf. supra*), contraignant les agences régionales de santé à intervenir en urgence à travers l'octroi d'aides exceptionnelles en trésorerie.

B - Un suivi rapproché par le ministère et les agences régionales de santé

Bien que la trésorerie des établissements publics de santé apparaisse largement positive au plan global, certains établissements, confrontés au refus des banques de renouveler leurs lignes de crédits de trésorerie, se sont tournés vers le ministère de la santé en 2011 et 2012 pour éviter une rupture de paiement. L'instauration d'un dispositif de veille a permis de mieux anticiper ces difficultés, et mis en lumière les progrès restant à accomplir par certains établissements en matière de gestion de trésorerie.

1 - Un compte au Trésor public globalement excédentaire

Comme les collectivités locales, les établissements publics de santé sont tenus de déposer au Trésor public leurs disponibilités. Cette obligation trouve son fondement en dernier lieu dans l'article 47 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Elle ne vaut pas pour le produit des dons ou des cessions, qui peuvent faire l'objet de placements à court terme sur des titres en euros émis ou garantis par des États européens⁴³.

Les disponibilités des hôpitaux placées au Trésor public figurent au chapitre 515 de leurs comptes financiers. Le montant consolidé de ce chapitre, proche de 2,8 Md€ sur la période 2008-2011, est passé à 3,9 Md€ à la fin 2012 et a atteint 4,5 Md€ en mars 2013.

Tableau n° 16 : disponibilités et emprunts à court terme des EPS

en M€

	2009	2010	2011	2012
compte au Trésor	2 899	2 783	2 995	3 992
comptes de placement CT	549	422	488	341
crédits de trésorerie	-716	-1 125	-1 152	-582

Source : comptes financiers (extraction Cour)

Le gonflement des liquidités placées sur ce compte non rémunéré résulte notamment de la constitution de réserves de précaution par tirage sur des crédits à moyen et long termes, consécutive aux craintes d'assèchement des concours bancaires qui ont marqué l'année 2011.

La croissance des disponibilités intervient alors que les plus gros établissements sont de plus en plus nombreux à afficher un objectif de gestion en trésorerie zéro, permettant de réduire le coût d'opportunité que représente un placement sur un compte non rémunéré, concomitant avec des tirages sur lignes de trésorerie.

⁴³ Cf. article 197 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

2 - L'instauration d'un dispositif de veille régionale sur la trésorerie des hôpitaux

L'assèchement des trésoreries des hôpitaux les plus fragiles a débouché en 2012 sur des menaces de cessation de paiement de plusieurs établissements, comme par exemple le centre hospitalier d'Agen ou celui de Briançon, contraignant les pouvoirs publics à intervenir à travers l'octroi d'aides d'urgence et en sollicitant des avances de l'assurance-maladie.

Ces difficultés ont pesé négativement sur l'appréciation portée par les prêteurs sur le risque hospitalier. L'éventualité d'une défaillance du CHU de Fort de France a ainsi entraîné une dégradation par Moody's en juillet 2012 de la notation des deux émissions obligataires du consortium de CHU (*cf. infra*).

Face à la multiplication des alertes sur la capacité des EPS à honorer leurs obligations de paiement, la direction générale de l'offre de soins et la direction générale des finances publiques ont instauré en septembre 2012 un dispositif régional de veille conjointe.

Les comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé

Instaurés par une circulaire interministérielle du 14 septembre 2012⁴⁴, ces comités associent les représentants des ARS et des DRFiP, et peuvent convier le directeur régional de la Banque de France ou toute personnalité qualifiée, et entendre l'ordonnateur et le comptable hospitalier de certains établissements. Ils sont chargés d'établir une liste des établissements de santé présentant des risques d'insuffisance de trésorerie, de mettre en place une veille active sur l'évolution de la situation de ces établissements, et d'apporter en première intention les solutions visant à prévenir toute risque

⁴⁴ Circulaire interministérielle du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé.

de défaut de paiement. L'ordonnateur de l'établissement de santé retenu dans le dispositif doit établir sur trois mois glissants (portés à six à la demande du comité) un plan prévisionnel de trésorerie détaillé par décade. Il doit notamment veiller à la correcte évaluation des décaissements relatifs aux investissements et aux échéances bancaires, et anticiper les conséquences d'un non renouvellement ou du renouvellement partiel d'une ligne de crédit de trésorerie.

L'évocation au sein du comité de la situation de l'établissement de santé au regard de ses obligations sociales et fiscales semble avoir contribué à inverser la tendance à l'accroissement des impayés aux URSSAF, observée jusqu'à la fin 2012 (*cf. supra*).

3 - L'amélioration nécessaire des prévisions de trésorerie

La simple construction d'un plan prévisionnel de trésorerie, permettant un suivi dynamique des flux d'encaissements et de décaissements, a constitué un progrès pour certains des établissements suivis par les comités de veille active de trésorerie. L'extension de cette obligation aux établissements qui ne sont pas suivis par les comités de veille de la trésorerie, suggérée par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances, pourrait utilement être envisagée.

Une réflexion de nature structurelle a, par ailleurs, été engagée sur les besoins de trésorerie liés au cycle d'exploitation et sur le niveau de fonds de roulement considéré comme optimal.

La volonté d'agir sur le besoin en fonds de roulement des établissements publics de santé et sur la structure de leur bilan n'est pas nouvelle. En 2001, la direction générale de la comptabilité publique et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins avaient déjà engagé un plan d'action pour sensibiliser les gestionnaires hospitaliers aux enjeux financiers d'une gestion plus dynamique de leur trésorerie, et sur la nécessité d'ajuster leurs liquidités ou quasi-liquidités à ce qui est nécessaire pour les besoins courants de l'hôpital.

Les travaux entrepris sur ce sujet par l'ARS Rhône-Alpes ont conduit cette dernière à évaluer à 32 jours d'exploitation le fonds de roulement optimal des établissements publics de santé.

II - Des financements à court terme plus difficiles à mobiliser

Le recours aux lignes de crédit de trésorerie pour pallier les décalages entre encaissements et décaissements ou pour accompagner une gestion en trésorerie zéro est devenu beaucoup plus malaisé depuis la crise financière. Alors que les banques ont fortement réduit leurs concours de court terme au secteur hospitalier, l'accès à ce type de financements, indispensable pour certains établissements de santé, utile pour d'autres, doit être préservé, et son coût autant que possible abaissé.

A - Des lignes de trésorerie coûteuses, dont le renouvellement est souvent problématique

Pour couvrir leurs besoins de financement de court terme, les établissements peuvent souscrire des lignes de crédit de trésorerie, qui sont des contrats par lesquels les banques s'engagent à fournir à tout moment à leurs clients des fonds pour une durée inférieure à un an, dans le cadre d'un plafond d'engagement. Certains hôpitaux disposent encore de contrats à moyen/long termes donnant accès à des ressources de trésorerie, tels les crédits à long terme renouvelables (CLTR), qui ne sont plus commercialisés, et qui leur permettent de se financer à court terme à des conditions fixées d'avance, à une époque où les marges bancaires étaient plus faibles.

L'endettement à court terme de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Les dernières années ont été marquées par la réduction des avances de l'assurance-maladie, qui a réduit le fonds de roulement de l'AP-HP, et par la poursuite des tirages sur les crédits à long terme renouvelables, dont le montant total atteint 114 M€, et, dont les conditions (EONIA plus 2 à 8 points de base), négociées avant la hausse des marges bancaires, sont beaucoup plus attractives que celles de lignes de trésorerie. Les lignes de crédit de trésorerie classiques n'ont été conservées que par sécurité, en dépit des frais fixes (commissions de non utilisation) qu'elles entraînent pour l'AP-HP.

1 - Des tirages en diminution en 2012

D'après les données de la DGFIP, 201 établissements avaient recours en 2011 à des lignes de crédits de trésorerie, soit un cinquième d'entre eux. Cette part est en augmentation (seuls 115 établissements étaient concernés en 2003), et recouvre désormais toutes les catégories d'hôpitaux.

Tableau n° 17 : tirages annuels sur des lignes de crédit court terme

en M€

	2009	2010	2011	2012
tirages en cours d'année sur lignes de crédit de trésorerie	16 057	13 763	15 775	11 771
solde en fin d'exercice	716	1 125	1 152	582

Source : comptes financiers (extraction Cour)

Alors qu'elle était proche de 16 Md€ en 2011, la somme des tirages annuels des EPS sur leurs lignes de trésorerie était inférieure à 12 Md€ en 2012. Le solde de fin d'année de ces tirages, comptabilisé dans la dette publique au même titre que la dette à moyen et long termes des établissements (*cf. supra*), diminue pour sa part de moitié en 2012 pour s'établir à 582 M€.

2 - Des facilités de crédit accordées désormais avec réticence par les banques

La décroissance récente des encours de crédits de trésorerie peut être mise en relation avec le refus des banques de renouveler certaines lignes de crédit, et en tout état de cause, de fixer les plafonds d'emprunt au-delà de ce qui a été effectivement tiré l'année précédente. Certains établissements publics de santé se sont de ce fait trouvés confrontés en 2012 à une impasse de trésorerie, dont ils ne sont parfois sortis que grâce aux aides d'urgence accordées par les agences régionales de santé : ainsi, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'ARS a apporté au total 34,15 M€ à huit établissements (dont les centres hospitaliers de Digne, Briançon et la Ciotat) au titre de leurs difficultés de trésorerie au cours de l'exercice 2012.

Les Hospices civils de Lyon, en sont arrivés pour leur part, à solliciter l'appui financier direct de la commune pour éviter une rupture de trésorerie brutale.

Le financement des besoins de trésorerie des Hospices civils de Lyon en 2012

Jusqu'en 2011, les Hospices civils de Lyon (HCL) disposaient de contrats de lignes de trésorerie pour un montant de 60 M€, soit l'équivalent d'un mois de dépenses de paie. Ces contrats sont arrivés à terme en février 2012 et n'ont pu être renouvelés qu'à hauteur de 25 M€ à des conditions moins favorables.

Confrontés à une véritable impasse de trésorerie, les HCL ont sollicité à titre exceptionnel une avance de 10 M€ de la ville de Lyon, qui leur a été consentie à Euribor + 80 points de base, et qui a été intégralement remboursée le 31 décembre 2012. Le produit de l'émission obligataire groupée de janvier 2013 (*cf. infra*), puis la légère détente observée sur les conditions d'octroi des marchés bancaires ont ensuite permis aux HCL de retrouver un niveau de trésorerie suffisant pour honorer leurs obligations de paiement.

Les HCL souhaitent pour éviter à l'avenir de telles difficultés bénéficier de la possibilité d'émettre des billets de trésorerie, offerte aux collectivités locales depuis 2001, et prévue pour les hôpitaux par une disposition de la loi bancaire du 26 juillet 2013 (*cf. infra*).

Les banques justifient leur attitude plus restrictive par leur perception du risque hospitalier, ternie par quelques incidents de paiement en 2012 : le centre hospitalier de Briançon a ainsi été menacé d'une procédure d'inscription en impayé à la Banque de France par la Société générale, ainsi que d'une procédure en référé de la banque Dexia. L'évolution du cadre prudentiel constitue un autre argument : les lignes qui ne sont que partiellement utilisées sont, en effet, fortement pénalisantes pour le respect du ratio de liquidité (*Liquidity Coverage Ratio*) prévu par les accords de Bâle III (dont l'entrée en vigueur a cependant été repoussée à 2015).

La prudence des prêteurs se traduit en premier lieu par une diminution des disponibilités, et en second lieu par un renchérissement des marges bancaires. Celles-ci se situaient début 2013 autour de 230 points de base et se doublaient dans de nombreux cas de frais de mise en place et de commissions de non utilisation. Une certaine détente sur les conditions financières a pu être observée à la fin 2013, avec des marges

plus souvent inférieures à 200 points de base. Les prêteurs demeuraient cependant très prudents dans l'octroi de ces facilités au monde hospitalier.

3 - Le besoin pour certains établissements de disposer de financements de court terme

Dans un rapport récent sur le financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire⁴⁵, l'inspection générale des finances préconise d'interdire à terme le recours aux crédits de trésorerie bancaires, arguant du coût de ces lignes de crédit, et de la prévisibilité des flux d'encaissement et de décaissement des établissements. Ces arguments, fondés dans leurs principes, trouvent leur limite dans les aléas qui continuent de peser sur le calendrier d'encaissement par les hôpitaux des avances de l'assurance maladie, dans la rigidité de certaines de leurs dépenses, dans les inconvénients que présentent les concours autres que bancaires en cas d'impasse de trésorerie, et enfin dans le coût d'opportunité que représenterait la constitution d'un matelas de disponibilités pour les établissements publics de santé qui cherchent à fonctionner en trésorerie zéro.

a) Un calendrier d'encaissements soumis à certains aléas

Certains décalages dans les encaissements attendus par les hôpitaux tiennent aux mesures visant à contenir la progression de l'ONDAM hospitalier. Les mises en réserve de crédits finançant les missions d'intérêt général et des aides contractuelles (MIGAC) ont donné lieu à des débloquages tardifs, en fin d'exercice, de ces dotations qui complètent les financements tarifaires. Le passage en 2013 à une régulation tarifaire reposant sur l'octroi d'un complément de dotation en fin d'année en l'absence de dépassement des objectifs de progression de la dépense, fait peser un aléa supplémentaire sur la date et le niveau des versements de l'assurance maladie effectués en fin d'exercice. Techniquement, il est difficile pour la tutelle ministérielle d'anticiper

⁴⁵ Inspection générale des finances, Rapport n° 2012-M-072-02 sur les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire, établi par M.M Didier Banquy et Pierre Painault, mars 2013.

d'avantage le déblocage de ces fonds, en raison des délais de remontée de l'information sur la dépense hospitalière, dont la précision et la robustesse doivent être suffisantes pour permettre un suivi fin de l'ONDAM.

Si l'essentiel de la dépense hospitalière, constitué par les dépenses de personnel, est parfaitement prévisible, les dépenses d'investissement, dépendantes de l'avancée des chantiers immobiliers et informatiques, le sont moins, comme sont plus difficiles à caler dans le temps les recettes de cession (cf. les difficultés de trésorerie des Hospices Civils de Lyon).

b) Les inconvénients des aides d'urgence et des avances de l'assurance-maladie

La capacité d'un hôpital à faire face à ces aléas sans recourir à des concours extérieurs (crédits bancaires, aides d'urgence ou avances de l'assurance maladie) dépend de l'importance de son fond de roulement, et des actions entreprises pour contracter son besoin en fond de roulement (accélération du recouvrement des créances, ajustement des délais de paiement au niveau requis par les textes législatifs et contractuels).

Pour alléger les tensions affectant la trésorerie des établissements les plus fragiles sur le plan financier, le ministère a décidé en 2012 d'avancer du 25 au 20 du mois les versements de l'assurance-maladie aux hôpitaux. Cette mesure, qui a accru à due concurrence les besoins de trésorerie de l'ACOSS, a permis d'aplanir les difficultés rencontrées en fin de mois par certains établissements de santé. Elle a néanmoins pour inconvénient d'abonder indifféremment des trésoreries déjà surabondantes et d'autres qui étaient à l'inverse proches de la rupture de paiement.

Pour les établissements publics de santé confrontés à une véritable impasse de trésorerie, les seules possibilités offertes aux agences régionales pour éviter une défaillance en l'absence de concours bancaire de court terme consistent à octroyer des aides d'urgence, imputées sur l'enveloppe d'aides à la contractualisation, ou à intervenir auprès de l'assurance-maladie pour qu'elle accorde des avances aux hôpitaux en difficulté.

Les aides d'urgence mobilisées depuis 2011 ont approché chaque année 300 M€. Qualifiées improprement d'aides « en trésorerie », elles constituent pour l'assurance maladie des dépenses définitives, qui ont permis de renforcer le fond de roulement des établissements de santé

concernés. Si une telle remise à niveau paraissait dans certains cas indispensable, ces dotations attribuées en dehors des contrats d'objectifs et de moyens signés par les hôpitaux ne peuvent pas constituer la norme, sauf à vider de sa logique le mécanisme de la tarification à l'activité.

Les avances accordées ponctuellement par l'assurance-maladie ont permis à certains établissements de pallier temporairement l'insuffisance de leur trésorerie. Contrairement au dispositif des aides d'urgence, il ne s'agit pas d'une dépense définitive pour l'assurance-maladie, mais de l'anticipation de versements qui comme telle fait peser un coût de trésorerie sur l'ACOSS. Le rôle de banquier des établissements publics de santé ainsi confié à l'ACOSS ne correspond cependant pas aux missions de cet organisme, qui est chargé de gérer la trésorerie du régime général. La systématisation des avances aux hôpitaux en difficulté les mettrait au demeurant sous une assistance financière qui serait dangereuse au regard de la responsabilisation nécessaire de leurs gestionnaires.

L'obtention par un hôpital d'une ligne de crédits d'un montant adapté à ses besoins prévisionnels constitue dans ces différents cas de figure la moins mauvaise solution, dans l'attente de la restauration de son fond de roulement et plus généralement de ses équilibres bilanciaux.

c) Un instrument également utilisé par des établissements de santé soucieux de minimiser leurs disponibilités inemployées

Les établissements publics de santé à la structure financière saine, qui, à l'instar de l'AP-HP, cherchent à optimiser leur gestion financière de court terme en se donnant un objectif de « trésorerie zéro », doivent également négocier avec leurs banques l'octroi de lignes de crédit de précaution, sur lesquelles il leur sera permis de tirer en cas de décalage imprévu des flux d'encaissement et de décaissement. Si ces facilités deviennent plus coûteuses depuis que certaines banques facturent des commissions de non utilisation, elles permettent néanmoins de mettre en œuvre une gestion de court terme plus économe en disponibilités inemployées.

Améliorer la gestion de trésorerie des établissements suppose non seulement un meilleur suivi des flux d'encaissements et de décaissements et la restauration de certains équilibres bilanciaux, mais également la mise à disposition d'instruments de financement (lignes de crédits, billets de trésorerie pour les établissements les plus importants) permettant de pallier des déséquilibres temporaires et d'éviter les défauts de paiement.

Plutôt que de priver les hôpitaux des outils classiques de gestion dynamique de leur trésorerie, au motif que leur utilisation représente un coût pour les établissements de santé, la priorité devant aller à la modernisation de leur gestion financière de court terme.

B - La diversification des instruments de financement à court terme

1 - La mutualisation des trésoreries hospitalières : une solution à écarter

Le fait que le solde du compte des hôpitaux au Trésor public soit en permanence supérieur à 2 Md€ a conduit certains représentants du monde hospitalier à s'interroger sur les avantages et inconvénients d'une mutualisation des trésoreries hospitalières, permettant de financer les besoins de certains établissements par les excédents de trésorerie des autres, et d'éviter le recours aux crédits bancaires.

L'obligation de dépôt au Trésor répondait au principe de l'unité de trésorerie entre l'État et les collectivités territoriales, auxquels les hôpitaux étaient rattachés avant la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du juillet 2009 en tant qu'établissements publics locaux. Elle n'apparaît pas moins justifiée dès lors que les EPS ont vu à la suite de ce texte leur statut évoluer en établissements publics de l'État. Revenir sur ce principe pourrait avoir des conséquences majeures pour les finances publiques.

Par ailleurs, outre le fait qu'elle pourrait déresponsabiliser certains établissements assurés de trouver chez leurs partenaires les disponibilités qui leur feraient défaut, la gestion de facilités de courte durée implique des moyens administratifs importants, qui ne sont pas justifiés par les besoins de trésorerie des établissements, liés à l'insuffisance du fonds de roulement de certains, ou pour d'autres à des problèmes de pilotage des masses financières, et non par un décalage systématique entre encaissements et décaissements.

2 - Expérimenter l'émission de billets de trésorerie par les plus grands établissements hospitaliers

Après la censure par le Conseil constitutionnel de la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 autorisant les centres hospitaliers listés par décret à émettre des billets de trésorerie⁴⁶, au motif que « les dispositions relatives à la trésorerie des établissements de santé ne sauraient figurer en loi de financement de la sécurité sociale », une disposition équivalente a été insérée dans la loi n° 2013-672 du 26 juillet 2013 de séparation et de régulation des activités bancaires. Le décret d'application prévu par l'article 49 de la loi (article L. 213-3 du code monétaire et financier) devra fixer une limite globale d'émissions pour chaque établissement et préciser que les centres hospitaliers régionaux ne peuvent émettre que des billets de trésorerie, à l'exclusion d'autres types de titres de créances négociables.

D'abord instrument privilégié des grandes entreprises, les billets de trésorerie ont été progressivement utilisés par les petites et moyennes entreprises et par les collectivités territoriales, autorisées à émettre des titres de créances négociables par la loi du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques.

Le principal intérêt de l'émission de billets de trésorerie réside dans l'économie que représente dans la période actuelle le recours à ce type d'instruments en lieu et place des financements bancaires. Selon l'évaluation figurant dans l'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, ce dispositif permettrait de diminuer de 200 points de base le coût d'accès des établissements publics de santé aux financements court terme.

L'émission de billets de trésorerie nécessite une notation de l'établissement de santé émetteur, qui est de ce fait placé sous la surveillance des marchés. Le processus de certification des comptes des hôpitaux sera un des paramètres de l'appréciation portée sur la solidité financière de chaque établissement.

⁴⁶ Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, concernant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Un tel dispositif ne peut ainsi en définitive concerner que des hôpitaux d'une surface financière et d'une organisation administrative suffisantes. Compte tenu du niveau atteint par les marges bancaires, les trois plus grands CHU (l'AP-HP, les HCL et l'AP-HM) seraient aujourd'hui tentés par ce dispositif. La parution d'un décret d'application permettant à ces seuls établissements d'expérimenter pendant 12 mois le recours à ce type d'instruments serait de nature à desserrer quelque peu la contrainte pesant sur leurs financements à court terme, tout en évitant les risques d'une extension hâtive à des établissements moins bien préparés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'apparition d'une dette sociale dans certains hôpitaux, la survenance de quelques incidents de paiement vis-à-vis des banques et l'obligation pour le ministère chargé de la santé d'apporter des aides d'urgence représentant plus de 300 M€ en 2011 et 2012 attestent des tensions qui ont affecté au cours de ces deux années la trésorerie de nombreux établissements de santé. La diminution des avances de l'assurance-maladie attribuées lors du passage à la tarification à l'activité est venue ajouter ses effets à la contraction de l'offre bancaire de lignes de crédit de court terme, conséquence de l'évolution du dispositif prudentiel et d'une appréciation moins favorable de la qualité des signatures hospitalières.

Si en matière de dette à moyen et long termes, les hôpitaux sont confrontés à une problématique de soutenabilité de leur trajectoire d'endettement, leur dette à court terme, également impactée par la détérioration de la signature hospitalière et par la raréfaction des crédits bancaires, pose moins un problème de montant que de qualité de gestion. Les établissements publics de santé doivent encore progresser afin de mieux adapter leurs financements de court terme à leurs besoins qui doivent être calculés au plus juste et minimisés par une gestion active des encaissements et des décaissements.

De ce point de vue, l'expérience du fonctionnement des comités de veille active sur la situation de trésorerie des établissements de santé atteste l'importance de mettre en place un plan prévisionnel de trésorerie glissant à même de permettre d'anticiper tout risque de défaut de paiement.

Alors qu'une détente a pu être observée en 2013, les difficultés enregistrées dans les deux années précédentes montrent l'importance d'une modernisation des instruments de financement, seule capable, pour les plus gros emprunteurs, de contraindre les banques à assouplir les conditions imposées pour l'octroi de financements à court terme. À cet égard, une expérimentation des dispositions de la loi du 26 juillet 2013

autorisant les trois principaux centres hospitaliers régionaux à émettre des billets de trésorerie serait souhaitable.

La Cour recommande ainsi de :

- 2. généraliser à l'ensemble des établissements publics de santé l'obligation de construire un plan prévisionnel de trésorerie sur six mois glissants ;*
 - 3. permettre l'expérimentation par les trois plus grands centres hospitaliers régionaux de l'émission de billets de trésorerie.*
-

Chapitre III

Des risques persistants

Indépendamment du montant de la dette financière des établissements publics de santé, qui a atteint un seuil critique, les risques pesant sur l'endettement hospitalier à moyen et long termes sont de nature différente : un risque de contraction excessive des crédits bancaires, qui interdirait de financer les investissements courants de maintenance et de modernisation du fait de la contraction des financements bancaires ; un risque d'explosion des charges financières pesant sur les établissements publics de santé qui, à l'instar des collectivités locales, ont souscrit des emprunts structurés pour financer leurs investissements.

I - Un accès au crédit plus difficile

La crise financière de 2008, la prise de conscience des risques attachés aux emprunts structurés puis le démantèlement de Dexia⁴⁷ ont entraîné une recomposition du paysage bancaire, dont les différents acteurs adoptent désormais une ligne prudente face aux établissements publics de santé. L'action des pouvoirs publics a néanmoins permis de limiter la contraction des crédits à moyen et long termes consentis aux hôpitaux.

⁴⁷ Cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Dexia : un sinistre coûteux, des risques persistants*. La documentation française, juillet 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

A - Un paysage bancaire en recomposition

La croissance de l'encours à court et moyen termes sur cette période montre que le scénario d'assèchement des crédits redouté par les acteurs du monde hospitalier ne s'est pas réalisé, les intervenants publics (Caisse des dépôts et consignations, Banque européenne d'investissement, Société de financement local depuis le deuxième trimestre 2013) venant pallier le retrait de certains établissements de crédit.

Après avoir atteint un maximum de 5,1 Md€ en 2009, les nouveaux crédits octroyés aux hôpitaux sont néanmoins revenus à un niveau de 4,1 Md€ en 2011, et 3,9 Md€ en 2012.

1 - L'évolution des parts de marché des intervenants bancaires

Le marché des prêts aux établissements hospitaliers est un marché concentré, dans lequel cinq établissements se partageaient en 2012 plus de 70 % des encours (Dexia, Caisses d'épargne, Crédit agricole, Société générale, Crédit foncier de France).

L'évolution la plus marquante est la décroissance de l'encours du premier prêteur, Dexia, dont la part dans les emprunts hospitaliers est passée de 32 % en 2010 à 27 % en 2012, avant sa disparition et la reprise de ses encours par la Société de financement local début 2013.

Ce retrait de Dexia, qui mettait en danger le financement des projets hospitaliers comme celui des collectivités locales, a été compensé par la montée en puissance de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), dont le poids dans l'encours est passé de 2 % en 2010 à 7 % en 2012.

Les autres prêteurs comptent deux autres acteurs publics, la Banque européenne d'investissement (BEI) - 2,8 % de l'encours en 2012 - et l'agence française de développement (AFD) - 0,8 % -, présente dans les DOM-TOM, qui ont pour vocation de financer à long terme des projets considérés comme fortement structurants.

La banque germano-irlandaise DEPFA, spécialisée dans les financements publics, est la seule banque étrangère à détenir plus de 1 % de l'encours hospitalier. Actuellement en cours de cession, elle a subi des

pertes très importantes qui ont nécessité un renflouement massif de sa société mère bavaroise par l'État fédéral allemand.

Tableau n° 18 : part des banques dans l'encours hospitalier à moyen et long termes

Organisme prêteur	part dans l'encours 2010	part dans l'encours 2012
Dexia	32,3 %	26,6 %
Caisses d'épargne	15,0 %	15,2 %
Crédit agricole	12,2 %	11,9 %
Société générale	9,9 %	9,3 %
Crédit foncier de France	8,7 %	8,7 %
CDC	2,0 %	7,0 %
BEI	2,4 %	2,8 %
Banque de financement et de trésorerie ⁴⁸	2,8 %	1,8 %
DEPFA ⁴⁹	2,0 %	1,7 %
Agence française de développement	0,8 %	0,8 %
BNP	0,7 %	0,7 %
Autres	11,3 %	13,6 %
Total	100,0 %	100,0 %

Source : enquêtes ODT 2010 et 2012

⁴⁸ Banque absorbée en 2011 par Crédit agricole CIB, banque de financement et d'investissement du groupe Crédit agricole.

⁴⁹ Banque germano-irlandaise spécialisée dans les financements publics, en cours de cession, filiale de la banque bavaroise Hypo Real Estate, détenue par l'État allemand.

2 - Le rôle accru joué par les financeurs publics

a) *La montée en puissance de la Caisse des dépôts et consignations*

Alors qu'elle jouait jusqu'alors un rôle marginal dans le financement des établissements publics de santé, la Caisse des dépôts et consignations est tout d'abord intervenue dans le cadre de deux enveloppes exceptionnelles, financées sur le Fonds d'épargne, et ouvertes par les pouvoirs publics en 2011 et 2012⁵⁰.

La Caisse des dépôts et consignations indiquait ainsi au premier semestre 2013 avoir consacré 2 Md€ au parc immobilier hospitalier sur la période 2008-2012. Plus de la moitié de ces prêts a été octroyée dans le cadre des financements destinés aux infrastructures durables.

Pour la période 2013-2017, de nouvelles enveloppes d'un montant de 20 Md€ ont été mises en place à partir du Fonds d'épargne pour financer les collectivités locales et les hôpitaux. Ces prêts sont consentis au taux du Livret A majoré de 130 points de base, pour une durée comprise entre 20 et 40 ans. Ils ont vocation à s'intégrer dans des cofinancements d'autres partenaires bancaires, dans lesquels la Caisse des dépôts et consignations apporte 50 % des financements.

⁵⁰ Sur l'importance et les modalités des financements octroyés sur le Fonds d'épargne, cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les finances publiques locales*. La documentation française, p. 255-258, disponible sur www.ccomptes.fr.

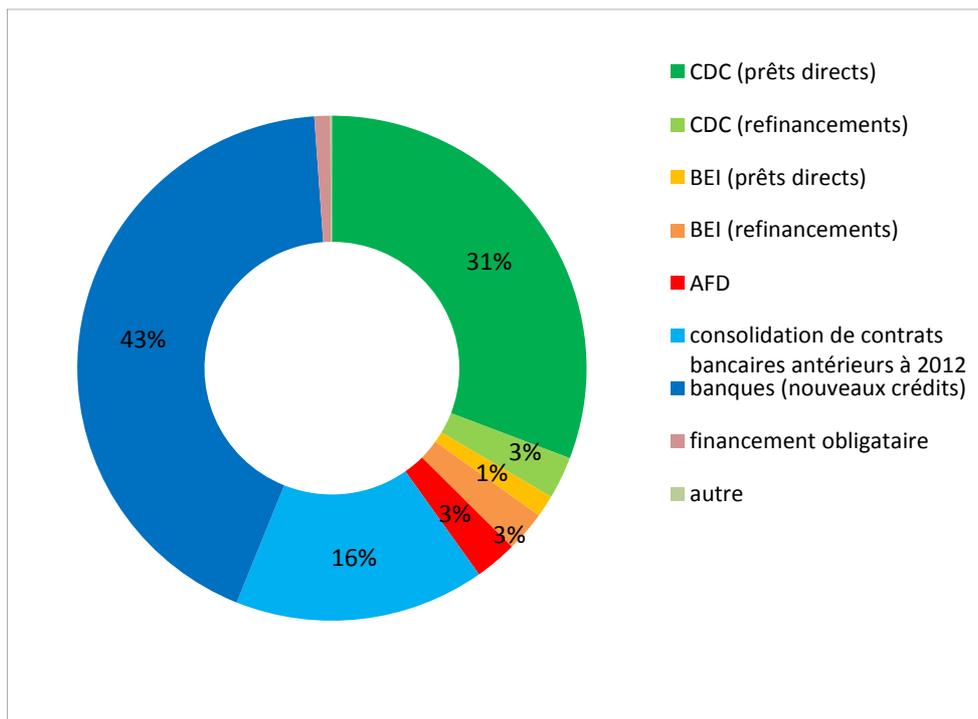
Tableau n° 19 : contrats de prêts signés par la Caisse des dépôts et consignations*en M€*

	2010	2011	2012
Prêts pour les infrastructures durables dirigés vers les EPS	108,7	526,7	599,3
Enveloppes exceptionnelles de financement ouvertes pour les collectivités locales et des EPS :			
Prêts directs		1005,6	4766,5
Refinancements		170,1	1580,2

Source : Caisse des dépôts et consignations (rapports annuels 2011 et 2012 du Fonds d'épargne)

Si l'on tient également compte des crédits accordés par la Banque européenne d'investissement, les intervenants publics ont contribué à hauteur de 40 % en 2012 au financement des établissements publics de santé, le solde étant apporté par les banques, et pour une part très minoritaire par des emprunts obligataires.

Graphique n° 3 : part des différents prêteurs dans les crédits 2012 octroyés aux établissements publics de santé



Source : société de conseil Finance Active

Les prêts de la Caisse des dépôts et consignations ont permis de maintenir un flux de crédits de longue durée en direction des établissements hospitaliers, alors que la banque publique de financement destinées aux collectivités, la nouvelle entité Banque Postale Collectivités Locales, n'était pas encore opérationnelle.

b) La Société de financement local (SFIL), prestataire de services pour la Banque Postale Collectivités Locales

La Société de financement local

La SFIL est détenue à hauteur de 75 % par l'État, de 20 % par la Caisse des dépôts et consignations, et de 5 % par La Banque postale. Elle est doublement concernée par les financements hospitaliers :

- au titre de la gestion des encours hérités de Dexia, portés en majorité par la Caisse française de financement local (CAFFIL), dont l'encours sur les établissements de santé atteignait 6,5 Md€ fin 2013⁵¹ ;

- au titre des nouveaux crédits qui seront offerts par La Banque Postale Collectivités Locales (co-entreprise La Banque Postale - CDC), vis-à-vis de laquelle la SFIL interviendra comme prestataire de services (élaboration des produits de financement, *back office*, risques, comptabilité, gestion actif-passif), le refinancement des prêts étant assuré par la CAFFIL.

La SFIL a pour double objectif de sécuriser l'accès des collectivités locales et des établissements publics de santé à des financements à long terme et d'assurer une politique de désensibilisation active des encours dits « sensibles » (*cf. infra*). Elle prévoit une production annuelle de financements nouveaux de l'ordre de 5 Md€ à terme (3 Md€ en 2013).

La CAFFIL, chargée de trouver sur les marchés les fonds nécessaires à l'attribution de nouveaux crédits, a procédé depuis juillet 2013 à trois émissions obligataires à 7 ans, 15 ans et 10 ans, pour un montant total de 4 Md€. La poursuite de ces émissions devrait lui permettre de sécuriser ses ressources et de jouer un rôle actif dans l'apport des crédits aux collectivités locales et aux établissements de santé.

⁵¹ La CAFFIL détient les crédits qui étaient auparavant portés par la société de crédit foncier Dexia Municipal Agency. Les autres crédits de Dexia sur le secteur de la santé et sur les collectivités sont actuellement détenus par Dexia Crédit Local, dont l'encours sur les établissements publics de santé s'élevait à 1,6 Md€ fin 2013 (*cf. infra*).

B - Des conditions de crédit plus sélectives

En dépit de la qualité d'établissement public des hôpitaux publics, et de la mission de service public qu'ils assument, les directions des risques des banques adoptent vis-à-vis d'eux une position plus restrictive que celle qu'elles affichent vis-à-vis des collectivités locales. Les banques expliquent leur circonspection par les contraintes pesant sur les financements de l'assurance-maladie, alors que les collectivités locales, soumises également à de fortes pressions, gardent la possibilité de lever l'impôt.

Cette prudence des banques se double d'une sélectivité accrue et d'un resserrement de leurs conditions d'intervention, en termes de durée des crédits accordés et de tarification.

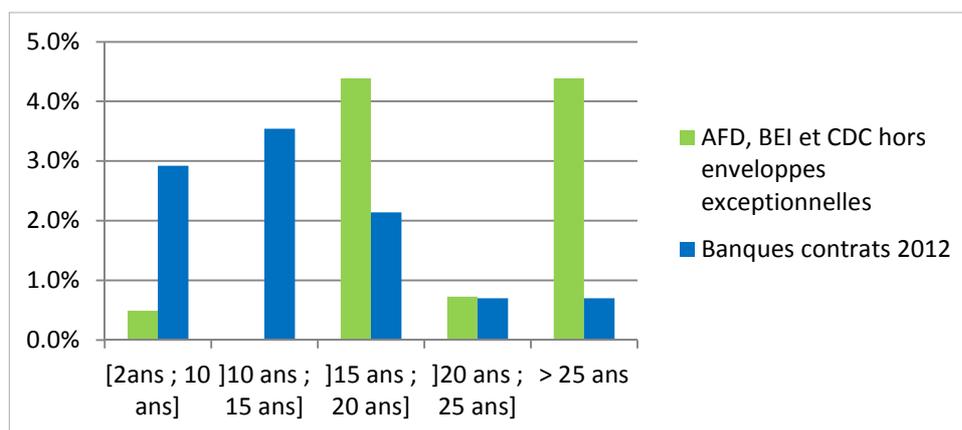
1 - L'impact du resserrement sur les durées de crédit

À la suite de la crise financière de 2008, les établissements publics de santé ont eu des difficultés à trouver des financements pour des durées supérieures à 15 ans.

Un des principaux attraits des financements octroyés par la CDC et la BEI réside dans la durée des crédits qu'elles accordent, qui peut être comprise entre 20 et 40 ans, ce qui allège les obligations de remboursement annuelles.

Pour les financements octroyés en 2012, la part des crédits à plus de 25 ans est de 44 % pour la CDC (hors enveloppes exceptionnelles), la BEI et l'AFD, alors qu'elle n'est que de 7 % pour les opérateurs bancaires, dont 65 % des crédits ont été attribués à moins de 15 ans.

Graphique n° 4 : maturité des crédits ayant permis de couvrir les besoins à long terme des EPS en 2012



Source : société de conseil Finance Active

Les prêts à plus de 20 ans ne correspondent pas nécessairement à l'horizon temporel de l'investissement hospitalier, qui tend à raccourcir en raison de l'évolution des normes et des techniques. Ces financements devraient donc être réservés aux investissements les plus structurants, susceptibles de s'amortir sur une période au moins aussi longue que la durée de remboursement des crédits.

2 - Des coûts d'intervention plus élevés

Alors que les marges bancaires pratiquées vis-à-vis des établissements hospitaliers avant la crise financière étaient en moyenne inférieures à 80 points de base, ces marges ont considérablement augmenté à partir de 2010, pour atteindre dans certains cas plus de 250 points de base au second semestre 2012, avant d'enregistrer une diminution en 2013.

Les conditions d'intervention des établissements de crédit varient plus fortement qu'auparavant en fonction de la qualité de l'emprunteur et de la durée de crédit, aussi bien en ce qui concerne les marges (dont l'amplitude peut atteindre 100 points de base) que les disponibilités offertes, qui peuvent être inexistantes pour les établissements dont la situation financière est particulièrement dégradée.

Les marges facturées par la Caisse des dépôts et consignations sont de montant moindre (de l'ordre de 100 points de base), mais les taux sont indexés sur ceux du Livret A (taux fixé à 1,25 % en août 2013, contre 1,75 % en janvier 2013 et 2,25 % en juillet 2012), plus élevés que les taux de référence du marché monétaire.

3 - La difficulté de trouver des préfinancements

La période récente a été caractérisée par un raccourcissement et dans certains cas une disparition des phases de mobilisation des emprunts, qui correspondent à la période où l'hôpital tire les fonds en fonction des besoins liés au financement des projets en cours de réalisation. Cette phase a une durée traditionnellement limitée (deux ans pour les banques et cinq ans pour la CDC et la BEI).

La période de mobilisation est désormais souvent inférieure à 12 mois, soit une durée bien inférieure au temps de réalisation de la plupart des projets immobiliers.

Devant le refus des banques de moduler les tirages en fonction de leurs besoins, certains établissements choisissent comme précédemment évoqué de mobiliser des tranches de crédit allant au-delà de leurs besoins immédiats, de manière à ne pas perdre une opportunité de financement à moyen et long termes, dans un contexte de rareté persistante des offres bancaires. C'est notamment le cas du CHR d'Orléans, qui bénéficie de financements attractifs, accordés par la Caisse des dépôts et consignations et la BEI, pour la construction de son nouvel hôpital (*cf. infra*).

Cette surliquidité temporaire a cependant un coût d'autant plus important que les placements à court terme sont peu rémunérés, le niveau des taux d'intérêt et l'existence de commissions d'entrée ou de sortie pouvant totalement annuler la rentabilité de l'opération.

Les prêts accordés par la CDC et la BEI pour la construction du nouvel hôpital d'Orléans

Le financement de la construction du nouvel hôpital d'Orléans a été assuré grâce à la signature de contrats de prêts avec la BEI (150 M€ sur la base d'un contrat signé en septembre 2008) et avec la CDC. Le CHR a pu bénéficier des concours de ces intervenants publics alors que les conditions de marché étaient devenues très difficiles.

Trois versements ont été réalisés par la BEI en 2012 et 2013, pour un montant de 130 M€, à des conditions très favorables (taux fixes compris entre 3,2 % et 3,4 % pour des crédits à 30 ans). Le contrat de prêt signé avec la CDC, pour une durée également fixée à 30 ans, a donné lieu à deux tirages de 20 M€ et 70 M€ en 2011 et 2012. Pour les trois autres tirages programmés jusqu'en 2015, pour un montant total de 144 M€, le CHR peut opter entre un taux fixe et un taux variable assorti d'une marge assurant la neutralité actuarielle avec le Livret A + 0,75 %.

Le stock de la dette devrait atteindre un point culminant en 2015 avec un total de 443,6 M€. Cette somme se contractera ensuite du fait de l'absence, à compter de 2015, d'un nouveau recours à l'emprunt.

Le CHR se trouve depuis la fin 2012 dans une situation de fort excédent de trésorerie (93 M€ à la fin 2012, 100 M€ à la fin 2013), en raison du décalage du chantier de construction du nouvel hôpital. Le CHR a tiré sur les tranches du contrat BEI en septembre 2012 (40 M€) et janvier 2013 (60 M€), alors qu'il n'avait pas un besoin immédiat de ces liquidités, afin de ne pas perdre une opportunité de financement à long terme assortie de taux particulièrement compétitifs.

C - Des financements désintermédiés favorisés par le niveau élevé des marges bancaires

Depuis plusieurs années, certains centres hospitaliers universitaires, soucieux de diversifier leurs ressources et d'en réduire le coût, s'adressent directement au marché pour couvrir leurs besoins de financement de moyen et long termes.

1 - Un encours obligataire en progression

L'encours obligataire des hôpitaux s'élevait à 1 697 M€ à la fin 2012, contre 1 043 M€ à la fin 2009, et 317 M€ à la fin 2007. L'essentiel de cet encours était porté par l'AP-HP, dont la dette obligataire atteignait 1 248 M€. Les emprunts obligataires ne représentaient encore fin 2012 que 5 % de la dette totale des CHRU, dont le premier appel au marché remonte à 2009.

Le recours de l'AP-HP au marché obligataire

Depuis 2006, l'institution émet des titres de créance de moyen terme (*Euro Medium Term Note* ou EMTN), dans le cadre d'un programme annuel dont le plafond a été fixé à 2 Md€. Aujourd'hui, la gestion de la dette de l'AP-HP, qui atteignait 2,2 Md€ fin 2013, repose sur un arbitrage constant entre les prêts bancaires à long terme et les émissions obligataires.

L'AP-HP a émis pour 237 M€ de titres obligataires en 2011, et 86 M€ en 2012. Compte tenu du niveau élevé atteint par sa trésorerie (cf. supra), elle n'a procédé à aucune nouvelle émission en 2013, et n'a pas non plus contracté de nouvel emprunt bancaire.

Encouragés par l'expérience de l'AP-HP, vingt-quatre autres centres hospitaliers régionaux universitaires se sont regroupés en 2009 pour lancer une première opération sur le marché obligataire, qui a été suivie par deux autres émissions en 2010 et 2013. Ces trois opérations ont pris la forme d'émissions groupées non solidaires, chaque membre étant engagé uniquement à hauteur de sa quote-part.

Les trois émissions obligataires du groupement des CHU

La première émission a permis aux membres du groupement de collecter en mai 2009, 270 M€ à des conditions favorables (taux nominal de 4,375 %, soit 80 points de base au-dessus de l'OAT dix ans).

En avril 2010, une deuxième émission obligataire s'est effectuée selon les mêmes modalités, trois centres hospitaliers⁵² non régionaux et le CHR de la Réunion rejoignant le groupement. Cette émission a permis de collecter 169 M€ au taux nominal de 3,68 % (soit 25 points de base au-dessus de l'OAT dix ans).

Le troisième emprunt obligataire groupé, émis en janvier 2013, a mis en lumière les limites de l'organisation informelle adoptée jusqu'alors : lourdeur du processus de décision requérant à chaque étape clé la signature de tous les participants ; inquiétude des investisseurs contraignant les CHU à exclure du groupement les établissements les plus fragiles (Fort de France, Caen) ; impossibilité de s'ajuster aux besoins exacts des émetteurs en procédant à des émissions fractionnées.

⁵² Il s'agit de l'hôpital de Lagny-Meaux, du Sud-Francilien et de Sainte-Anne à Paris.

Ces difficultés, amplifiées par la crise des dettes souveraines, et par la décision de l'agence Moody's d'abaisser en juillet 2012 la note de la deuxième émission obligataire, se sont traduites par un renchérissement du coût de la troisième émission : les 228 M€ émis ont été traités sur la base de 3,65 %, soit OAT plus 142 points de base. Compte tenu des frais fixes facturés en cas de montage obligataire, le coût global de cette émission était équivalent à celui d'un emprunt bancaire de même durée.

2 - Une vigilance nécessaire sur les risques d'un amortissement *in fine*

Contrairement aux crédits bancaires classiques, donnant lieu à des remboursements réguliers sur toute leur durée, les emprunts obligataires sont remboursés en une seule fois à leur échéance. Ce profil d'amortissement *in fine* expose les emprunteurs au risque de ne pas disposer à terme des ressources nécessaires au remboursement de l'emprunt, alors que dans le cas d'un crédit bancaire les remboursements sont lissés sur une longue période.

Soucieux de voir les établissements publics de santé anticiper l'amortissement de ces emprunts, le ministère de la santé et le ministère de l'économie et des finances ont invité les établissements concernés à constituer dans leurs comptes à partir de la fin 2012 une provision pour le remboursement en capital prévu à l'échéance des emprunts⁵³ obligataires.

Le CHU d'Amiens, qui a participé à hauteur de 10 M€ à chacune de ces émissions, était en 2012 dans une situation financière trop dégradée pour commencer à provisionner dans ces comptes l'amortissement de ces emprunts. Il ne figurait pas parmi les 16 CHU qui ont réalisé l'émission obligataire groupée de janvier 2013.

⁵³ D'après la circulaire interministérielle DGOS/DGFIP du 6 juillet 2012 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2012 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, le compte 1632 est destiné à la constatation budgétaire par anticipation de l'équivalent des amortissements de capital pratiqués au cours de l'exercice pour les emprunts *in fine*. Cette constatation par anticipation s'impose pour les établissements dont le ratio d'indépendance financière, défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, excède 50 %, alors qu'elle est facultative pour les autres établissements.

Le respect de l'obligation de provisionnement, indispensable pour que les CHU passent sans encombre le cap du remboursement des deux premiers emprunts obligataires groupés en 2019 et 2020, devra constituer un point de particulière vigilance lors de la certification des comptes des établissements publics de santé à compter de l'exercice 2014.

3 - Un dispositif à ne faire évoluer qu'avec prudence

Compte tenu du contingentement de l'offre bancaire adressée aux hôpitaux, et de la persistance de marges bancaires extrêmement élevées, les CHU souhaitent aujourd'hui poursuivre dans la voie des financements obligataires, en tirant les conséquences des difficultés rencontrées lors des trois premières émissions.

Sans renoncer à l'absence de solidarité de ses membres, les CHU proposent de doter le groupement de la personnalité morale. Une des formules envisagées serait celle d'un groupement de coopération sanitaire de moyens mandaté par ses membres pour préparer et négocier les émissions obligataires réalisées dans le cadre de programmes *d'Euro medium term notes* (EMTN) semblables à ceux de l'AP-HP. Un lien juridique serait établi entre cette structure (et non plus l'établissement émetteur) et un certain nombre de prestataires externes, pour passer des contrats avec l'agence de notation et des cabinets de conseils juridiques et financiers, et pour être l'interlocuteur des acteurs du marché (notamment pour arrêter à un moment précis les conditions d'émission). Un comité des risques, comprenant également des représentants de l'administration centrale, serait, par ailleurs, chargé de sélectionner les émetteurs de manière à homogénéiser le profil de chaque émission.

Présentée comme une amélioration technique du mécanisme d'émission groupée non solidaire, la nouvelle formule envisagée par les CHU pourrait leur permettre d'obtenir de meilleures conditions sur le marché obligataire, et donc de faire pression sur les banques pour qu'elles reviennent à des niveaux de marge économiquement plus acceptables.

Un montage plus intégré, impliquant une solidarité entre les émetteurs, apparaîtrait en revanche dangereux, comme serait inappropriée une agence de financement nécessitant un important apport en capital.

Comme pour l'émission de billets de trésorerie, le processus de certification des comptes des hôpitaux aura à terme une incidence sur l'appréciation portée par les intervenants de marché sur le groupement

obligataire. Cette surveillance des investisseurs, et la rigidité des calendriers de paiement des intérêts et de remboursement du capital, incitent à la prudence dans l'utilisation des instruments obligataires et dans l'adaptation du dispositif actuel d'émissions groupées.

II - Une exposition aux emprunts structurés aussi dangereuse que celle des collectivités locales

Comme les collectivités territoriales, les hôpitaux ont été nombreux à souscrire des emprunts assortis de formules de taux complexes au début des années 2000. Bien que les banques aient renoncé à vendre de tels produits à partir de 2009, ils conservent aujourd'hui dans leurs encours des emprunts dont la nature spéculative ne leur est apparue que tardivement, et dont il leur est difficile de se défaire en raison du coût des remboursements anticipés, qui peut représenter plus de deux fois le montant du capital emprunté.

En l'absence de directives données aux agences régionales de santé pour la neutralisation des risques attachés aux emprunts structurés, la désensibilisation des encours fait l'objet d'une gestion au cas par cas, avec des résultats qui demeurent à ce jour modestes.

A - Des risques très importants pour certains établissements

Les caractéristiques des emprunts structurés

Les emprunts structurés comprennent en général une première phase « bonifiée », et une seconde phase au cours de laquelle le déclenchement de conditions inscrites au contrat entraîne un renchérissement du taux payé par l'emprunteur. La bonification est rendue possible par la vente d'une option financière, qui permet d'abaisser le taux d'intérêt appliqué pendant la première phase de remboursement de l'emprunt, en contrepartie d'un risque pour l'emprunteur sur ses charges d'intérêt futures.

Les emprunts structurés peuvent être à barrière, de pente, de courbe, et comprendre des références indexées sur les taux de d'intérêt ou sur les taux de change. Les instruments financiers tels que les contrats d'échange de taux ou de devises (*swap*) ont les mêmes conséquences financières que les emprunts structurés pour les emprunteurs à la seule réserve qu'ils ne donnent pas lieu à un endettement supplémentaire.

Tous les acteurs de la place se réfèrent désormais à la grille de risque présentée dans la charte dite Gissler, qui établit une cotation en croisant deux dimensions : une dimension liée aux indices sous-jacents et une dimension liée à la structure de l'emprunt.

Tableau n° 20 : tableau des risques de la charte Gissler

	Indices sous-jacents	Structures	
1	Indices zone euro	A	Taux fixe simple. Taux variable simple. Échange de taux fixe contre taux variable ou inversement. Échange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique). Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel).
2	Indices inflation française ou inflation zone euro ou écart entre ces indices	B	Barrière simple. Pas d'effet de levier.
3	Écarts d'indices zone euro	C	Option d'échange (<i>swaption</i>)
4	Indices hors zone euro. Écart d'indices dont l'un est un indice hors zone euro.	D	Multiplicateur jusqu'à 3 ; multiplicateur jusqu'à 5 capé.
5	Écarts d'indices hors zone euro	E	Multiplicateur jusqu'à 5

Source : Charte Gissler

1 - Des produits risqués offerts par toutes les banques de la place

À la fin 2012, Dexia détenait plus de 70 % des crédits « hors charte » octroyés à l'ensemble des EPS, suivie par la Caisse d'épargne, dont la part dans ces encours s'élevait à 11,6 %. Le Crédit foncier de France, le Crédit agricole et la banque DEPFA apparaissent également parmi les prêteurs, alors que la CDC, la BEI et l'AFD sont restées à l'écart de ces pratiques.

Dexia détient une part légèrement moins importante (63 %) des crédits 6F octroyés aux CHU. Le Crédit foncier de France et la banque DEPFA sont en revanche plus représentés dans les encours risqués de cette catégorie d'établissements de santé (avec des parts respectives de 13,6 % et de 11,1 %) que dans ceux des autres.

Tableau n° 21 : part des différentes banques dans les emprunts 6F des EPS

Banque	ensemble des EPS	CHU
DEXIA	70,1 %	63,3 %
Caisses d'épargne	11,6 %	3,1 %
DEPFA	5,3 %	11,1 %
Crédit foncier de France	8,1 %	13,6 %
Crédit agricole	4,0 %	7,2 %
autres	0,9 %	1,7 %
total	100,0 %	100,0 %

Source : ATIH (enquête ODT 2012)

Les enquêtes ODT permettent également de répartir les encours selon la nature des contrats souscrits par les emprunteurs (*cf. supra*). Il ressort de cette classification que les emprunts avec options, et les emprunts avec plusieurs tranches de taux représentaient plus de 18 % de l'encours en 2012. Ces deux catégories, qui recouvrent la majeure partie des emprunts structurés⁵⁴ représentent plus de 18 % des encours totaux des établissements publics de santé.

La répartition de ces catégories de contrats dans les encours des banques fait apparaître que la plupart des banques de la place ont offert des produits structurés aux établissements publics de santé. Si 33 % des encours de Dexia sur les hôpitaux ont un profil d'emprunt structuré, c'est également le cas de 25 % des crédits détenus par la Société générale, et de 20 % des encours du Crédit foncier de France sur le secteur hospitalier. Cette présentation atténue la spécificité de Dexia, dont la

⁵⁴ Une partie des emprunts à taux indexé sur la durée du contrat (23 % de l'encours) peut également correspondre à des emprunts structurés, lorsque l'index est complexe (exemple des écarts de taux) ou lorsqu'il est défini par un indice non monétaire (exemple du cours du Brent) ou par un indice monétaire extérieur à la zone euro.

surreprésentation dans les encours 6F (70 % du total) tient également à son poids dans l'encours hospitalier.

Tableau n° 22 : répartition des encours des banques par nature de contrat

Banque	Taux fixe sur la durée de vie du contrat	Taux indexé sur la durée du contrat	Emprunts avec options (1)	Plusieurs tranches de taux (2)	Options ou plusieurs tranches de taux (1) + (2)	total
Dexia	50 %	17 %	15 %	18 %	33 %	100 %
Caisse d'Épargne	63 %	24 %	7 %	6 %	13 %	100 %
Crédit Agricole	54 %	27 %	14 %	5 %	19 %	100 %
Société générale	55 %	21 %	16 %	8 %	25 %	100 %
Crédit Foncier de France	55 %	25 %	10 %	10 %	20 %	100 %
BFT	36 %	47 %	8 %	9 %	17 %	100 %
DEPFA	53 %	20 %	5 %	22 %	27 %	100 %

Source : ATIH (enquête ODT 2012)

2 - La classification des encours hospitaliers en fonction des risques encourus

Les banques signataires de la charte Gissler (Dexia, Crédit agricole, Société générale, Banque populaire-Caisses d'épargne) se sont engagées à présenter les produits d'emprunt selon cette classification, et à ne pas commercialiser de produits plus risqués se situant hors de cette typologie (produits « hors charte »). Les signataires ont également pris des engagements visant les emprunts autorisés par la charte, dont celui de ne pas proposer de produits comportant un risque de change aux entités qui n'ont pas de ressources dans la devise d'exposition. Transposé aux hôpitaux, cet engagement revient à couvrir immédiatement par un contrat d'échange –ou *swap*– un endettement contracté en devises.

Les établissements bancaires ont ainsi cessé dès 2010 de commercialiser auprès des établissements publics de santé les produits les plus risqués.

a) La structure des encours hospitaliers en fonction de la grille Gissler

L'analyse du niveau de risque des encours hospitaliers peut être réalisée à partir de l'enquête ODT gérée par l'ATIH, qui permet de classer les emprunts en fonction de la grille de risque établie dans le rapport Gissler.

Fin 2012, les encours non structurés, cotés 1A, représentaient 82 % de l'ensemble, tandis que les encours structurés à risque faible ou considéré comme limité représentaient 9 % des encours totaux. Les encours à risque élevé (c'est-à-dire tous ceux qui se situent hors de la zone à risque nul, faible ou limité), atteignaient la somme de 2,5 Md€, soit 9 % des encours totaux. Sur les encours à risque élevé, les emprunts « hors Charte » (indice 6 ou F) atteignaient 1 Md€, représentant 4 % de l'encours total.

Tableau n° 23 : répartition des encours hospitaliers 2012 en fonction de la cotation Gissler

En M€

Indice	A	B	C	D	E	F	total
1	21 704	1 338	598	45	381	0	24 065
2	80	24	6	97	79	10	296
3	11	70	0	15	582	40	719
4	1	193	0	37	178	18	428
5	0	0	0	0	24	0	24
6	0	5	0	3	2	929	938
total	21 797	1 629	604	196	1 247	998	26 47055

non structuré risque faible risque limité risque élevé hors charte



Source : ATIH (enquête ODT 2012)

⁵⁵ Périmètre de 762 établissements, soit 95 % des produits globaux des établissements publics de santé.

La comparaison de ces données avec les résultats de la première enquête ODT réalisée par l'ATIH sur les encours 2010 fait apparaître une diminution du niveau de risque sur deux ans. La dette sans risque (cotation 1 A), représentait alors 77 % de l'encours total, les emprunts à risque faible ou limité 4 %, 13 % des encours se situant en zone de risque élevé.

Tableau n° 24 : évolution 2010/2012 des emprunts les plus risqués

	2010		2012	
	M€	% de l'encours	M€	% de l'encours
encours hors charte	1 232	5,5 %	1 003	3,9 %
encours risque élevé	1 713	7,7 %	1 410	5,4 %
risque élevé et hors charte	2 945	13,3 %	2 413	9,3 %
encours total ⁵⁶	22 204	100 %	26 054	100 %

Source : enquête ODT 2012

La diminution sur deux ans du montant des emprunts à risques s'explique à la fois par l'amortissement et par le réaménagement de la dette structurée. Elle s'est accompagnée dans certains cas d'une aggravation du risque pesant sur ces encours, tel qu'il ressort de la valorisation effectuée à partir des indemnités de remboursement anticipé (*cf. infra*).

La désensibilisation partielle de la dette du CHU de Nantes

D'après les enquêtes ODT, la dette « hors charte » (6F dans la classification de l'ATIH) du CHU de Nantes est passée de 120 M€ en 2010 (sur un encours total de 260 M€) à 98 M€ en 2012 (sur un total de 228 M€). Cette diminution explique à elle seule le cinquième de la décroissance de l'encours 6F des EPS de 2010 à 2012.

⁵⁶ Périmètre de 714 établissements (93 % des produits globaux des établissements publics de santé), permettant de comparer à champ constant les données 2010 et 2012.

La comparaison entre les encours de dette à la clôture des comptes financiers 2010 et 2012 fait cependant apparaître que cette évolution résulte de la transformation de prêts hors charte en prêts mieux classés sur la Charte, mais néanmoins risqués (3E pour 11,7 M€, 5E pour 16,7 M€), et de la sécurisation – c'est-à-dire le passage à taux fixe – des échéances 2012.

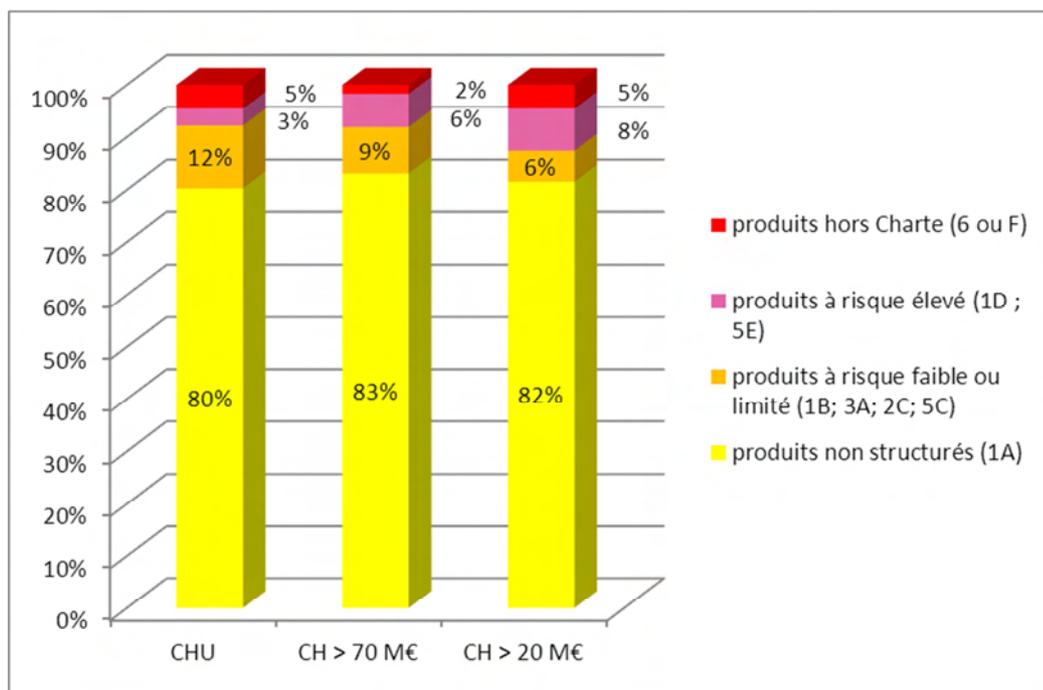
La valorisation du risque par le coût de sortie des emprunts est passée de 143 M€ en 2010 à 161 M€ en 2012. Si cette valorisation aurait pu être plus élevée encore en l'absence d'opérations de désensibilisation, cet exemple montre néanmoins les limites des nombreuses renégociations (10 lignes renégociées en 2011, 3 en 2012, pour un montant total de 105 M€) menées jusqu'à présent par le CHU avec ses créanciers.

b) La structure de risque par type d'établissements de santé

D'après les statistiques élaborées par la société de conseil Finance Active sur un échantillon d'établissements⁵⁷, les centres hospitaliers de taille moyenne (chiffre d'affaire compris entre 20 et 70 M€) détiennent la part la plus importante de produits à risque élevé ou de produits hors charte.

⁵⁷ Cet échantillon comprend 450 établissements de santé, représentant un encours total de dette de 22,5 Md€.

Graphique n° 5 : structure de risque par type d'établissements de santé



Source : Société Finance Active

c) La classification des encours issus de Dexia sur les établissements hospitaliers

Les encours issus de Dexia sont portés à la suite de son démantèlement par deux entités distinctes :

i. L'encours de Dexia Crédit Local

Les crédits de Dexia sur les hôpitaux qui n'étaient pas portés par Dexia Municipal Agency avant sa cession à la SFIL sont actuellement détenus par la société Dexia Crédit Local, chargée de gérer ses actifs en extinction.

Les encours de Dexia Crédit Local sur les hôpitaux atteignaient 1,6 Md€ à la fin 2013. La part de ces encours recouvrant des emprunts

structurés « sensibles » (pour l'essentiel les emprunts hors charte et les emprunts cotés 3E, 4E et 5E, dont la formule contient un multiplicateur compris entre 3 et 5) s'élevait à 153 M€, dont 62 M€ de produits hors charte.

Tableau n° 25 : encours de Dexia Crédit Local sur les hôpitaux

en M€

	2012	2013
Encours total	1 643	1 609
dont structuré « sensible »	186	153
dont hors charte	65	62

Source : Dexia Crédit Local

ii. *L'encours porté par la SFIL/CAFFIL*

S'agissant des établissements hospitaliers, l'encours de la CAFFIL s'élevait fin décembre 2013 à 6 204 M€, dont 1 147 M€ caractérisés comme « sensibles », répartis par la SFIL dans les catégories suivantes :

- S1 et S2 : prêts hors charte Gissler indexés sur Euro/CHF sur des petits clients (S1) et sur des clients plus importants (S2) ;
- S3 : autres prêts hors charte Gissler (indexés sur les cours de change) et prêts sensibles autorisés par la charte Gissler dont la formule de taux est actuellement activée (prêts classés 5E) ;
- S4 : prêts sensibles autorisés par la charte Gissler dont la formule de taux d'intérêt est actuellement non activée mais qui correspondent à une configuration de taux d'intérêt déjà observée dans le passé, soit les prêts 3E et 4E référencés sur plusieurs index. Il s'agit notamment de prêts à barrière indexés sur des écarts entre taux courts et taux longs ;
- S5 : prêts sensibles autorisés par la charte Gissler dont la formule de taux d'intérêt est actuellement non activée et présente peu de risque d'être activée à court terme soit les prêts 4E référencés sur un seul index (prêts à barrière sur indices monétaires Euribor et Libor USD et prêts indexés sur l'inflation).

Tableau n° 26 : encours de la CAFFIL sur le secteur hospitalier à fin décembre 2013

en M€

Encours non structuré	4 146	67 %
Encours structuré sensible	1 147	18 %
dont encours S1	60	1 %
encours S2	180	3 %
encours S3	325	5 %
encours S4	486	8 %
encours S5	98	2 %
Autres encours structurés	909	15 %
Total	6 204	100 %

Source : SFIL

En sus de l'encours « sensible » de 1,1 Md€, la SFIL détenait un encours structuré réputé « non sensible » de 909 M€ sur les hôpitaux. Cet encours n'était pas pour autant sans risque pour les emprunteurs, certains contrats pouvant par exemple comporter un effet de levier inférieur ou égal à trois sur des indices hors zone euro.

La structure de risque des encours de la SFIL et de Dexia Crédit Local sur le secteur hospitalier atteste du rôle actif joué par Dexia dans la diffusion des produits structurés auprès des établissements (17 % d'emprunts sensibles dans les encours sur les hôpitaux hérités de Dexia), et de l'enjeu que représente pour ces derniers la désensibilisation de ces produits.

Tableau n° 27 : structure de risque des encours issus de Dexia

en M€

	Dexia Crédit Local	CAFFIL	Dexia Crédit Local + CAFFIL
Encours total à la fin 2013	1 609	6 204	7 813
dont structuré sensible	153	1 147	1 300
%	9 %	18 %	17 %

Source : Dexia Crédit Local et SFIL

La classification effectuée par la SFIL permet de comparer le niveau de risque des emprunts contractés par les hôpitaux auprès de Dexia avec celui des emprunts souscrits par les collectivités locales auprès de cette banque.

Tableau n° 28 : encours de la SFIL sur les hôpitaux et les collectivités locales (mars 2013)

en M€

	établissements de santé	collectivités locales	autres acteurs locaux
Encours SFIL/CAFFIL	6,7	34,1	3,3
dont structuré	34 %	35 %	27 %
dont structuré "sensible"	19 %	20 %	14 %

Source : SFIL

Si l'encours de la SFIL sur les établissements de santé ne représente que 20 % de celui qu'elle détient sur les collectivités locales, le niveau de risque de cet encours est équivalent : 19 % de produits structurés « sensibles » pour les hôpitaux, contre 20 % pour les collectivités locales ; un pourcentage total de 34 % de produits structurés pour les hôpitaux, contre 35 % pour les collectivités locales.

3 - Un impact considérable sur les comptes hospitaliers

La question de la valorisation des emprunts structurés, qui se posait jusqu'alors uniquement aux établissements qui souhaitaient renégocier leurs crédits pour en diminuer le risque se pose désormais pour tous : le provisionnement des risques liés aux emprunts structurés, recommandé par le Conseil de normalisation des comptes publics dans un avis de juillet 2012, doit conduire les hôpitaux à valoriser ces emprunts dans leurs comptes en dehors de toute opération de renégociation.

a) Des coûts de sortie de l'ordre d'1,4 Md€ pour les emprunts les plus risqués

Le coût de sortie des emprunts structurés correspond aux indemnités dues aux créanciers en cas de remboursement anticipé.

Ces indemnités, qui peuvent faire l'objet d'une cotation sur les marchés financiers, sont également calculées à partir d'une méthode actuarielle. Plus l'index du crédit évolue défavorablement, plus la volatilité est élevée, et plus l'indemnité de remboursement anticipée est importante. Les banques signataires de la « charte Gissler » se sont engagées à transmettre une valorisation des indemnités de remboursement anticipé à leurs clients au début de chaque année calendaire.

L'addition des valeurs d'indemnités de remboursement anticipée transmises annuellement par les banques aux établissements publics de santé permettrait d'évaluer le montant de la soulte à payer pour neutraliser complètement les encours structurés. Cette opération est en l'état difficile, car les données de l'enquête ODT relatives aux indemnités de remboursement anticipé n'ont pas la même fiabilité que celles relatives aux durées de crédit ou au montant des encours.

Une première approximation du coût de sortie peut néanmoins être effectuée en corroborant les résultats de l'enquête ODT par une analyse des encours de la SFIL, qui détient la majeure partie des emprunts structurés souscrits par les hôpitaux.

Il en ressort que, pour les emprunts à risque élevé, les indemnités de remboursement anticipé approchaient 1,4 Md€ à la fin 2012, dont près d'1 Md€ correspondait aux indemnités à acquitter pour sortir des emprunts hors charte.

Le coût de sortie des emprunts hospitaliers structurés se référant au franc suisse

Depuis quelques années, les indemnités de remboursement anticipé les plus importantes, en valeur relative, concernent les emprunts structurés comportant une référence au franc suisse (FCH), qui s'est fortement appréciée face à l'euro.

Les encours indexés sur la parité Euro/FCH (417 M€ d'après l'enquête ODT) étaient assortis d'une indemnité de remboursement anticipée moyenne de l'ordre de 130 % du capital restant dû à la fin 2012 (143 M€ d'encours), contre 110 % pour ceux contenant une indexation sur la parité USD/FCH, et 60 % pour les emprunts indexés sur la parité USD/Yen (137 M€ d'encours). Ces moyennes recouvraient des indemnités de remboursement anticipé plus importantes encore pour certaines formules de taux comportant des multiplicateurs élevés (253 % pour un emprunt Euro/FCH de 4,5 M€ pour le centre hospitalier de Sélestat, 255 % pour le même type de produit pour le celui de Bonneval, 219 % pour l'hôpital de Bonifacio, 349 % pour l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, 230 % pour un emprunt de 12 M€ de l'AP-HM).

Les indemnités de remboursement anticipé sont affectées d'une forte volatilité, en raison de leurs relations avec les anticipations de taux de change et de taux d'intérêt, elles-mêmes très volatiles. Dans le cas du CHU de Saint-Étienne, dont l'encours structuré représente près de la moitié d'un endettement total de 290 M€ (cf. supra), les indemnités de remboursement anticipées sont passées de 136 M€ à la fin 2011, pour un capital restant dû de 158 M€, à 77 M€ à la fin 2013 pour les mêmes contrats, pour un capital restant dû de 147 M€.

b) Des provisions qui impacteront les résultats hospitaliers à partir de 2014

Le Conseil de normalisation des comptes publics a rendu en juillet 2012 un avis⁵⁸ concernant la traduction comptable des risques pris par les collectivités territoriales, les établissements publics de santé et les offices d'HLM du fait de la souscription des emprunts structurés. Cet avis s'est traduit pour les établissements publics de santé par la création dans le plan de compte des hôpitaux (M21) d'un compte 152 intitulé « provision pour risques et charges sur emprunts ». S'agissant d'un changement méthodologique, les provisions qui seront passées à ce titre dans les comptes 2012 au titre des emprunts contractés avant la clôture seront en totalité imputées sur la situation nette des établissements. Pour les

⁵⁸ Avis (CNoCP) n° 2012-04 du 3 juillet 2012 sur la comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés des entités à comptabilité publique relevant du code général des collectivités territoriales, du code de l'action sociale et des familles, du code de la santé publique et du code de la construction et de l'habitation.

exercices ultérieurs, la constatation d'un accroissement ou d'une diminution du risque donnera lieu respectivement à une dotation complémentaire ou à une reprise de provision, et aura donc un impact sur le résultat hospitalier.

Le calcul des provisions peut se faire par référence aux anticipations concernant les indices intégrés dans les formules de variation de taux d'intérêt (valorisation par les taux *forward*). Cette méthode, proche d'une valorisation par le marché, aboutit à des résultats voisins de ceux annoncés par les banques pour les indemnités de remboursement anticipé. Elle a pour principal inconvénient sa forte volatilité.

La direction générale de l'offre de soins préconise à titre alternatif une méthode différente, fondée sur l'utilisation des taux de clôture, correspondant aux taux de change et d'intérêt constatés en fin d'exercice, sans prise en compte des anticipations de marché. Cette méthode, recommandée notamment aux 31 établissements qui seront concernés par la première phase de certification des comptes hospitaliers a été également retenue par le CHU de Nantes, qui a précédé les autres hôpitaux en décidant de provisionner depuis plusieurs années ses emprunts à risque.

La référence aux taux de clôture se traduit par des provisions qui ne reflètent cependant qu'imparfaitement la valorisation des emprunts par les marchés. Dans le cas du CHU de Nantes, les provisions calculées sur la base des taux de clôture s'élevaient à 47 M€ à la fin 2012, alors que la méthode des taux *forward* aurait conduit à provisionner 77 M€, pour un encours d'emprunts structuré de 98 M€. Elle a cependant pour principal avantage d'induire une moindre volatilité dans les valorisations effectuées années après années.

Quelle que soit la méthode retenue, la situation nette des établissements les plus chargés en emprunts structurés devrait se détériorer assez significativement lors de la première année de provisionnement⁵⁹. Lors des exercices ultérieurs, l'analyse des résultats annuels devra clairement isoler ce qui, dans la variation des charges, est imputable au provisionnement des emprunts structurés souscrits par les établissements de santé.

4 - Un encours fortement chargé en emprunts structurés pour certains établissements

Les encours les plus risqués sont concentrés sur un nombre relativement limité d'établissements. Moins d'une centaine a souscrit des emprunts hors charte (82 sur l'échantillon de 712 établissements couverts par l'enquête ODT 2012). Les 50 établissements dont l'encours est le plus fortement chargé en produits hors charte concentrent près de 85 % (781 M€) de ces produits.

Parmi ces établissements figurent ainsi entre autres le centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge, dont la dette de 25 M€ est composée à 98 % de produits structurés hors charte et celui de Villefranche de Rouergue, qui détient 16,3 M€ d'emprunts hors charte représentant 73 % de son encours total.

Les établissements plus importants détenant ce type de produit ont en général un encours hors charte plus dilué dans leur encours total. C'est notamment le cas du centre hospitalier de Meaux, dont les prêts hors charte atteignaient 22 M€, représentant 40 % de l'encours total.

Parmi les CHU, sont plus particulièrement concernés le CHU de Saint-Étienne, dont l'encours hors charte atteignait 96 M€ fin 2012 (33 % de son encours total), celui de Nantes (98 M€ d'encours hors charte, soit 43 % de son encours total, qui comprend également d'autres produits

⁵⁹ La direction générale de l'offre de soins considère que l'obligation de provisionnement pour la clôture des comptes 2013 « ne concerne prioritairement que les 31 EPS qui se sont engagés dans la certification de leurs comptes ». L'effet du provisionnement sur les comptes des hôpitaux (par imputation sur la situation nette lors du changement de méthode comptable, l'année suivante par imputation sur le résultat pour les variations de provisions) sera donc étalé sur plusieurs exercices.

structurés sensibles), et celui de Fort-de-France (37 M€ d'encours hors charte, représentant 18 % de son encours total).

Plusieurs de ces établissements sont exposés à un risque important, mais ne sont pas encore parvenus au terme de la phase de « bonification » leur permettant de bénéficier de taux inférieurs à ceux du marché. D'autres ont déjà basculé dans la phase de majoration des taux, tel le centre hospitalier intercommunal (CHI) André Grégoire à Montreuil.

**Le centre hospitalier intercommunal André Grégoire à
Montreuil (Seine-Saint-Denis) : un établissement de taille moyenne
fortement endetté en produits structurés**

Le CHI André Grégoire est un établissement de Seine-Saint-Denis comptant 337 lits et places de médecine chirurgie obstétrique (MCO) et 20 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'établissement, qui souffre d'une activité insuffisante au regard de ses capacités MCO, s'est placé dans une situation délicate en contractant, fin 2007, plusieurs emprunts indexés sur des devises étrangères ou sur l'inflation. Ces emprunts représentent les trois-quarts d'une dette qui s'élevait fin 2012 à 108 M€ (soit 96 % de son chiffre d'affaire annuel), l'annuité atteignant un montant de 10 M€ en 2012, contre seulement 4,3 M€ en 2009.

La part de l'encours la plus risquée correspond aux deux emprunts indexés sur des devises étrangères (CHF, et CHF/USD), dont l'un avait vu son taux d'intérêt porté à 22 % en 2011. Le surcoût lié à ces emprunts structurés hors charte est estimé à 2 M€ par an.

L'importance de la dette et sa structure sont telles que la marge brute ne suffit pas, depuis 2010, à financer les charges financières.

En dehors du cas, minoritaire, de petits établissements dont l'endettement est en presque totalité constitué de ces produits risqués et complexes, et qui n'ont pas une surface financière leur permettant d'amortir les conséquences de la dégradation de leurs encours, le cas le plus fréquent est celui d'hôpitaux dont les emprunts hors charte ne constituent qu'une partie de leur encours, mais risquent d'obérer des résultats financiers déjà pénalisés par le poids de l'endettement.

B - Des opérations de désensibilisation à la portée encore limitée

La désensibilisation des encours nécessite le rachat des options vendues pour construire les produits structurés. Le paiement par l'emprunteur des indemnités de remboursement anticipé, représentatives de ce coût de rachat, constitue la pierre d'achoppement de la renégociation des prêts à risque.

1 - Un accompagnement technique sans apport réel

Pour gérer au mieux le stock d'emprunts structurés des établissements hospitaliers, les pouvoirs publics ont souhaité fin 2011 que les établissements puissent s'appuyer sur des prestataires de service capables d'apporter des conseils en matière d'analyse de la dette, de gestion des produits structurés complexes ou des instruments de couverture, et le cas échéant de les accompagner dans leurs renégociations.

Le ministère de la santé a ainsi passé un appel à projet avec l'aide de l'UGAP pour sélectionner des sociétés de conseil. Cette initiative n'a pas eu de suites concrètes, l'offre de services proposée aux hôpitaux étant déjà assez complète. Quelle que soit la technicité de cette matière, la désensibilisation des encours est moins entravée par la complexité des contrats de prêts que par le coût d'une telle désensibilisation, et par la question d'un éventuel partage de ce coût entre prêteur et emprunteur.

2 - Une neutralisation du risque facilitée par l'octroi de nouveaux crédits

Lorsque le recours à l'emprunt apparaît encore possible pour un établissement engagé dans des emprunts sensibles, celui-ci peut faire le choix de refinancer l'indemnité de remboursement anticipé à l'aide d'un crédit sans risque, ce qui a cependant pour effet d'accroître son endettement.

La solution consistant à transformer l'indemnité de remboursement anticipé en une majoration du taux accordé pour financer un nouvel investissement est souvent préférée. Si son coût peut être équivalent en

termes actuariels, ce type de solution ne dégrade pas les ratios d'endettement de l'établissement.

L'attribution d'un nouveau crédit permet de financer la désensibilisation des crédits structurés, et de neutraliser ainsi le risque pris par l'hôpital. Il ne constitue pas pour autant une libéralité, le poids de l'indemnité de remboursement anticipé continuant de peser sur les comptes de l'établissement.

3 - L'action de désensibilisation des encours structurés issus de Dexia

La politique affichée par la SFIL en matière de désensibilisation repose sur un refinancement des indemnités « à prix coûtant » (c'est-à-dire avec une marge faible ou nulle) et sur l'octroi en parallèle de financements nouveaux à des taux attractifs.

Contrairement à la ligne adoptée antérieurement par Dexia, la SFIL souhaite écarter les désensibilisations temporaires, en lui préférant les désensibilisations partielles (c'est-à-dire pour une partie seulement du capital emprunté) quand le coût de l'indemnité de remboursement anticipé est considéré comme trop élevé par l'établissement.

Un an après la validation en février 2013 de cette politique de désensibilisation par le conseil d'administration de la SFIL, vingt opérations de neutralisation avaient été conclues avec des hôpitaux, représentant un encours de 92 M€, et deux négociations étaient en cours pour un montant de 23 M€, pour un encours structuré « sensible » de 1,1 Md€ selon la typologie établie par la SFIL.

La modestie relative de ces résultats s'explique par le choix de certains établissements de recourir à la voie contentieuse, qui complique la renégociation des crédits et par les espoirs placés par d'autres dans la création d'un fonds de soutien (cf. infra), mais également et surtout par le refus de la SFIL de partager avec l'emprunteur le coût de sortie des emprunts. Contrainte dans ce domaine par les engagements pris à l'égard de la Commission européenne, la SFIL n'accepte un certain niveau de remise de dettes que dans les négociations engagées avec les hôpitaux d'une capacité inférieure à 250 lits, qu'elle invite par ailleurs à saisir la « cellule de médiation Gissler ».

L'action de désensibilisation de Dexia Crédit Local recouvre des enjeux moindres, l'encours sensible de cette banque sur le secteur

hospitalier étant de montant très inférieur (152 M€ fin 2013 contre 1,1 Md€ pour la SFIL). Dexia Crédit Local n'accordant plus de nouveaux crédits aux hôpitaux, la neutralisation du risque attaché aux emprunts structurés passe par un partage des indemnités de remboursement anticipé entre la banque, l'emprunteur et le ministère de la santé (sous forme d'aides à la contractualisation). Lorsque la neutralisation n'est pas possible, Dexia Crédit Local s'efforce d'écrêter à 7 % les taux des emprunts entrés en phase de majoration.

4 - Les abandons de créances et le recours des petits établissements à la « médiation Gissler »

La conclusion des négociations visant à neutraliser le risque des crédits se heurte souvent au refus ou à l'impossibilité pour l'emprunteur de supporter seul le coût de la désensibilisation. Dans le cas des EPS à la surface financière et aux équipes gestionnaires réduites, le principe d'une remise partielle d'intérêts est accepté plus facilement par les banques.

Pour faire avancer des négociations difficiles, les petits hôpitaux peuvent avoir accès depuis la fin 2011 aux services de la cellule de médiation mise en place sous l'égide de M. Éric Gissler.

En novembre 2013, 16 établissements, dont 12 d'une capacité inférieure à 500 lits, avaient saisi la cellule de médiation, une forte augmentation du nombre de saisines ayant été observée au cours du second semestre 2012. La liste des établissements en médiation comprenait notamment l'hôpital de Bonifacio et ceux de Meaux (dont la capacité dépasse 900 lits), de Montreuil, de Juvisy et de Roanne (à la capacité supérieure à 1000 lits, dont 30 % de long séjour) et de Sélestat.

Sur l'ensemble de ces hôpitaux, une seule solution de neutralisation définitive du risque avait pu être trouvée, tandis que sept solutions temporaires avaient été acceptées. Compte tenu du coût de la désensibilisation des produits de change (notamment les contrats indexés sur la parité Euro/Franc suisse) et de la faible surface financière des établissements concernés, aucun accord n'avait été trouvé sur ce type de produit.

C - Le besoin d'une stratégie claire de désensibilisation des encours

1 - Une volonté compréhensible de la tutelle d'éviter les actions contentieuses

Alors que les collectivités territoriales étaient nombreuses à porter devant les tribunaux les contrats de prêts les exposant à des risques considérés comme excessifs, le ministère de la santé s'est efforcé de dissuader les hôpitaux d'emprunter la voie contentieuse pour sortir de leurs prêts sensibles, dans le souci, compréhensible, de conserver de bonnes relations avec la communauté bancaire et d'éviter un tarissement des flux de crédits dirigés vers le secteur hospitalier.

Jusqu'au début de l'année 2012, le ministère pouvait mettre en avant les faibles chances de succès des actions contentieuses pour étayer sa position. Le jugement du tribunal de Nanterre de février 2012, qui repose sur l'absence de mention du taux effectif global (TEG) dans un des documents préalables à la signature du prêt, et se traduit par un retour au taux légal, beaucoup plus faible, a quelque peu changé la donne, même si ce jugement, non définitif, a été rendu sur un motif de forme et non de fond.

La fragilisation des contrats de prêts qui en résulte et les conséquences financières très sérieuses qui découleraient pour l'État des pertes très importantes qu'occasionnerait pour Dexia Crédit local et la CAFIIL la généralisation d'une telle jurisprudence avait conduit la Cour à préconiser que soient prises les mesures de validation législative nécessaires à leur sécurisation⁶⁰.

⁶⁰ Cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique*, DEXIA : un sinistre coûteux, des risques persistants, La documentation française, juillet 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le gouvernement a introduit dans le projet de loi de finances pour 2014 une clause de validation rétroactive des contrats présentant un défaut de mention du TEG⁶¹. Cette disposition a été cependant censurée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2013-685 DC du 29 décembre 2013, au motif que sa portée n'était pas strictement définie, ne distinguant pas en particulier selon les personnes morales, publiques ou privées, ni selon les prêts, structurés ou non.

La volonté du ministère d'éviter les actions contentieuses a été relayée par les agences régionales de santé. Comme le montre l'exemple du centre hospitalier de Meaux, certains établissements continuent cependant d'envisager le recours à la voie contentieuse.

Le centre hospitalier de Meaux : un établissement à nouveau tenté par la voie contentieuse pour sortir des emprunts structurés

Le centre hospitalier de Meaux a un endettement qui atteignait 62,8 M€ à la fin 2010, composé à 75 % de produits structurés classés dans les rubriques 2E, 3E, 4E et 6E/6F.

Ces emprunts ont été souscrits à une période où l'établissement ne disposait pas d'un suivi formalisé de sa dette par les établissements bancaires concernés. Plusieurs emprunts structurés résultent de la renégociation d'emprunts conclus antérieurement, sans que les risques liés aux formules d'indexation aient été relevés par la direction de l'époque ni par le comptable de l'établissement. Le directoire de l'établissement et l'ARS d'Île-de-France n'ont été informés qu'en octobre 2010 des risques liés à la présence dans l'encours d'emprunts structurés.

⁶¹ L'article 60 du projet de loi de finances proposait de valider de manière rétroactive les contrats de prêt qui ne mentionnaient pas le TEG mais qui comportaient toutes les informations permettant aux emprunteurs de connaître précisément les conditions de leur engagement.

L'établissement s'est donné pour objectif de revenir à taux fixe sur ces emprunts, la priorité portant sur la renégociation de deux contrats hors Charte Gissler et assis sur la parité Franc Suisse/Euro. Le centre hospitalier a fait réaliser une étude extérieure sur sa dette et se fait assister par un cabinet de conseil dans la renégociation des emprunts. La renégociation n'a pu aboutir, en raison notamment de l'importance des indemnités de remboursement exigées pour remplacer les formules indexées par des formules simples à taux fixe. Les propositions présentées comme les plus favorables par la banque comportaient la souscription d'un nouvel emprunt de montant significatif, alors que l'hôpital s'est donné pour objectif de stabiliser son endettement, déjà très élevé.

Faute de renégociation, l'établissement se verra appliquer à partir de 2016 des taux fortement majorés sur les emprunts indexés sur la parité de change euro/franc suisse.

N'ayant pas trouvé de solution pour sortir de ses emprunts structurés depuis février 2012, le centre hospitalier de Meaux a, à l'automne 2013, saisi la cellule de médiation Gissler, sans encore de réponse probante en mars 2014. La voie contentieuse, écartée en mai 2013 à la demande de l'agence régionale de santé, est à nouveau envisagée par l'établissement, qui ne peut cependant plus engager d'action en nullité du contrat de prêt, le délai de prescription pour ce type d'action ayant expiré en juin 2013.

Le nombre d'actions contentieuses concernant des prêts structurés souscrits par des établissements hospitaliers est toutefois peu important. La direction générale de l'offre de soins répertoriait moins de dix cas d'assignation fin novembre 2013, concernant en quasi-totalité Dexia/SFIL, alors qu'en septembre 2013 ces entités avaient fait l'objet au total de 196 assignations pour SFIL et 54 pour Dexia.

Fin décembre 2013, la Fédération hospitalière de France a invité les établissements publics de santé à faire valoir leurs droits devant les tribunaux. Cet appel n'a pas été suivi à ce stade d'un accroissement significatif des actions en justice, qui auraient dû au demeurant dans la plupart des cas être effectuées avant juin 2013 pour ne pas se voir frappées de prescription⁶².

⁶² La loi n° 2008-561 du 17 juin 2008 a fixé à cinq ans le délai de prescription de droit commun, les délais de prescription qui couraient antérieurement à son entrée en vigueur ne pouvant continuer à courir au-delà du 19 juin 2013.

La démarche dissuasive adoptée non sans raison par les pouvoirs publics leur donne cependant une responsabilité accrue à l'égard des établissements publics de santé les plus pénalisés par la présence dans leur encours d'emprunts structurés.

2 - Une démarche de désensibilisation au cas par cas

Les remboursements anticipés étant toujours coûteux, les établissements ont naturellement tendance à ne les envisager que lorsque le risque s'est concrétisé par une hausse du taux d'intérêt exigible à l'issue de la période de bonification. De nombreux hôpitaux attendent d'ailleurs pour renégocier la fin de cette phase bonifiée, y compris lorsque les indices sous-jacents se sont dégradés depuis un certain temps, leurs responsables préférant croire en un éventuel retournement des conditions de marché plutôt que de figer leur perte en refinançant leur emprunt initial et en le transformant en crédit classique.

Sans ligne directrice claire de la part de la tutelle hospitalière, les établissements publics de santé continueront ainsi de privilégier le maintien des équilibres financiers de court terme sur l'assainissement durable de leurs encours.

a) La surveillance par les ARS des opérations de désensibilisation

Avant la parution du décret du 14 décembre 2011 encadrant le recours à l'emprunt des hôpitaux publics, de nombreuses actions de désensibilisation avaient été menées au cas par cas, consistant parfois à remplacer une indexation considérée comme trop risquée par une autre formule dont l'application se révélait ultérieurement aussi peu voire moins favorable (cf. supra le cas du CHU de Nantes).

Une autorisation ne doit formellement être sollicitée auprès de l'agence régionale que dans le cas des refinancements d'indemnités de remboursement anticipé envisagées par des établissements fortement endettés, qui ne peuvent emprunter sans son accord, et dans le cas des désensibilisations progressives comportant des étapes intermédiaires au cours de laquelle l'établissement est amené à souscrire de nouveaux

emprunts structurés. Lorsqu'elles sont réalisées par étapes, les opérations de désensibilisation nécessitent souvent en effet la souscription de produits structurés, moins risqués que les précédents, mais qui dérogent néanmoins aux règles fixées par le décret de décembre 2011⁶³. Ces dérogations pourront être accordées par les agences régionales de santé pendant une période transitoire de cinq ans à compter du 7 mai 2012.

Au-delà de ces saisines obligatoires, les ARS sont en réalité consultées assez systématiquement sur les opérations de désensibilisation envisagées par les hôpitaux et par leurs partenaires bancaires. Elles seraient aidées par la fixation par le ministère d'un corps de doctrine leur permettant de mieux apprécier la pertinence de ces opérations.

b) Une démarche à mieux organiser et à clarifier

La SFIL a établi un ordre de priorité dans ses offres de renégociation des emprunts structurés, allant des emprunts hors charte souscrits par de petits établissements jusqu'aux moins risqués des emprunts sensibles souscrits par l'ensemble des hôpitaux (catégories S1 à S5 des encours de la SFIL). Les emprunts structurés « non sensibles » ne sont pas prioritaires, ce qui n'interdit pas pour autant leur renégociation.

Tout en préconisant la désensibilisation des encours hospitaliers, le ministère de la santé n'a en revanche pas affiché de ligne directrice, laissant les hôpitaux et les ARS arrêter au cas par cas les solutions de neutralisation des risques attachés aux emprunts structurés.

Dans un rapport remis en 2012 sur la contre-garantie accordée par l'État sur le portefeuille de prêts de Dexia, l'inspection générale des

⁶³ Cf. les articles D. 6145-71 et D. 6145-72 du code de la santé publique, créés par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011, qui limitent les emprunts à taux variable souscrits par les hôpitaux à ceux dont le taux d'intérêt varie en application d'une clause d'indexation qui porte sur un taux usuel du marché interbancaire, du marché monétaire de la zone euro ou du marché des valeurs de l'État français, et à ceux dont le taux d'intérêt varie en application d'une clause d'indexation sur l'indice du niveau général des prix, ou sur l'indice harmonisé des prix à la consommation de la zone euro.

finances faisait valoir⁶⁴ que « la neutralisation effective des risques les plus élevés devait être privilégiée », tout en retenant pour les situations les moins dégradées « une politique mêlant désensibilisation partielle et couverture des risques au mieux des opportunités de marché ».

Le ministère de la santé n'a pas souhaité pour sa part afficher une stratégie de désensibilisation, en arguant de la volatilité et du montant très élevé des indemnités de remboursement anticipé (plus de 1,5 Md€), alors que la progression de l'ONDAM est contrainte.

Faute d'orientations nationales claires sur le type de risques qui devraient être neutralisés en priorité, les agences régionales, comme les établissements tendent d'une manière générale à accepter plus facilement les majorations de taux d'intérêt, appliquées à des crédits finançant de nouveaux investissements, que le refinancement des indemnités de remboursement anticipé, qui extériorisent la soule à payer et accroissent l'endettement sans contrepartie matérielle. Dans ce contexte, l'ARS Pays de la Loire a, par exemple, refusé d'avaliser le remboursement anticipé d'un *swap* conclus par le centre hospitalier de Fontenay-Le-Comte, qui aurait sorti l'établissement du risque au prix d'un accroissement de son endettement considéré comme excessif.

Le CHU de Dijon : une « gestion active » de dette peu encadrée par la tutelle

Le CHU de Dijon a une dette financière qui atteignait fin 2010, 347 M€, composés à 36 % de produits structurés.

La dégradation des résultats du CHU, imputable à de mauvaises performances médico-économiques et au dérapage des coûts de construction des nouveaux bâtiments (opération « Bocage »⁶⁵), a conduit à évoquer sa situation lors du comité des risques financiers (prédécesseur du COPERMO) du 17 janvier 2012.

⁶⁴ Direction générale des finances, Rapport n° 2012-M-022-03 sur la contre-garantie de l'État sur un portefeuille de prêts de Dexia Municipal Agency, établi par MM. Jacques Le Pape, Olivier Taillardat et Pierre Painault, membres de l'IGF, juin 2012.

⁶⁵ Cf. Cour des comptes, *La gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins*, communication au Sénat. La documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La direction de l'établissement a procédé de manière précoce à la désensibilisation de l'encours le plus risqué, qui ne représentait plus que 15 M€ fin 2011, et 9 M€ fin 2013 (soit 2 % de l'encours du CHU).

Dans le cadre de ces opérations de désensibilisation, le CHU de Dijon a souscrit un contrat d'échange de taux (*swap*) affecté d'un coefficient multiplicateur lié à l'inflation, pour un montant de 50 M€. Mieux classé sur la grille Gissler que les emprunts indexés sur les différences de parité Euro/CHF-Euro/USD dont il neutralisait le risque, ce contrat exposait néanmoins le CHU de Dijon à un aléa significatif sur une durée longue. Il a été renégocié à hauteur de 20 M€ en 2012 et de 10 M€ en 2013.

Tout en notant les efforts consentis par l'établissement dans sa recherche d'efficacité, le COPERMO a refusé lors de sa réunion de septembre 2013 de valider le plan d'actions destiné à restaurer l'équilibre structurel de l'établissement, au motif que celui-ci ne permettrait pas d'atteindre à l'horizon 2017 le taux de marge cible (hors aides financières) de 8 % des produits. Il a donc invité l'établissement à s'appuyer sur l'ANAP pour présenter un nouveau plan d'action dans les 6 mois.

Le CHU, qui a réduit assez tôt le risque lié à ses emprunts structurés, ne s'est jamais vu donner d'orientation sur la manière de poursuivre la désensibilisation de sa dette. L'établissement indique néanmoins avoir effectué toutes ces opérations en toute transparence vis-à-vis de l'agence régionale de santé.

Il serait ainsi souhaitable de sortir de l'approche au cas par cas qui est actuellement celle du ministère de la santé, en tranchant notamment entre plusieurs démarches, la première visant à neutraliser en priorité les risques les plus élevés, la deuxième privilégiant au contraire les emprunts dont les indices sont moins dégradés et dont la désensibilisation est la moins coûteuse. Une troisième démarche, plus ambitieuse, consisterait à englober la totalité de l'encours structuré d'un établissement de santé dans une renégociation globale, assortie si nécessaire d'un calendrier.

Cette stratégie d'ensemble, nécessaire pour éliminer les risques résiduels pesant sur les encours, pourrait gagner à s'accompagner de la mise en place pour les hôpitaux d'un dispositif spécifique de soutien à la désensibilisation de leurs emprunts structurés.

3 - Envisager la possibilité pour les hôpitaux d'accéder à un fonds spécifique de soutien

La loi de finances pour 2014 a institué au bénéfice des collectivités territoriales ayant souscrit des emprunts structurés un fonds pluriannuel de soutien, dont l'abondement, fixé à 100 M€ par an sur une durée maximale de 15 ans, sera financé pour moitié par les banques, les établissements de crédit participant ainsi au coût de désensibilisation des emprunts structurés.

Les établissements publics de santé, dont la situation est aussi risquée que celle des collectivités territoriales, ne sont pas éligibles à ce dispositif. Il pourrait paraître opportun pourtant que les hôpitaux bénéficient également d'une incitation à neutraliser les risques pesant sur leurs encours, en partie prise en charge alors par les banques, qui ont créé et diffusé des produits financiers qui n'étaient pas plus adaptés aux besoins et à l'expertise des établissements qu'à ceux des collectivités locales.

La création d'un dispositif spécifique, financé conjointement par l'assurance-maladie (par reconversion d'une partie des aides à la contractualisation actuellement utilisées pour des aides d'urgence en trésorerie) et par le système bancaire, devrait ainsi être examinée, de manière à accélérer un processus de désensibilisation actuellement peu dynamique. Si on se réfère au mécanisme mis en place pour les collectivités locales, dont la dette structurée est près de cinq fois supérieure à celle des hôpitaux, un montant de 20 M€ par an sur 15 ans pourrait être envisagé (ou de 60 M€ par an sur cinq ans, si l'on se calait sur la période transitoire prévue pour la renégociation des emprunts structurés des établissements publics de santé).

Les critères d'éligibilité à ce fonds spécifique devraient privilégier les opérations de désensibilisation définitives, s'intégrant dans une démarche globale de gestion du risque et imposant aux hôpitaux des engagements rigoureux en terme de réduction de leur dette. Le coût de la neutralisation serait partagé entre l'emprunteur et le prêteur.

4 - Élaborer au sein des hôpitaux une stratégie de gestion de la dette

L'importance des enjeux et des risques durables qui s'attachent à la dette hospitalière dans un contexte qui demeure incertain rend indispensable un renforcement des obligations qui pèsent sur les

établissements publics de santé, tant à l'égard de leurs communautés hospitalières que vis-à-vis des agences régionales de santé.

Il serait ainsi nécessaire que le directeur de l'établissement soit tenu chaque année d'élaborer pour l'année à venir une stratégie d'endettement, apporte des précisions sur les emprunts appelés à compléter les ressources projetées dans le plan global de financement pluriannuel, et présente sa démarche de sécurisation des emprunts structurés. Ce document serait soumis au conseil de surveillance, puis transmis pour approbation à l'ARS, l'approbation tacite étant réservée aux établissements faiblement endettés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si le risque d'assèchement des crédits bancaires dirigés vers les hôpitaux semble aujourd'hui écarté, le coût de ces emprunts pénalise encore les établissements publics de santé, qui bénéficient de conditions moins favorables que les collectivités locales pour financer leurs investissements. Leur accès au crédit a certes pu être préservé grâce à la mobilisation de nouveaux acteurs, mais il est devenu plus difficile et plus sélectif. Le recours à des émissions obligataires ne peut constituer qu'un mode complémentaire d'accès à des financements et pour les seuls établissements les plus importants. Dans ces conditions, tant que le marché du crédit n'aura pas retrouvé un équilibre durable, il importe que les pouvoirs publics continuent à porter une attention vigilante à l'évolution de l'offre de crédits aux établissements hospitaliers.

Dans cette perspective, soucieux de préserver l'accès des hôpitaux publics aux crédits bancaires, le ministère de la santé a favorisé jusqu'à présent le traitement au cas par cas des problèmes posés par la présence d'emprunts structurés dans l'encours de certains hôpitaux. Cette démarche a eu des résultats limités, les négociations achoppant le plus souvent sur le partage du coût de sortie des emprunts structurés entre le prêteur et l'emprunteur.

Une démarche de désensibilisation mieux organisée et plus claire apparaît désormais souhaitable, afin de neutraliser non seulement les risques avérés sur les emprunts en devises, dont certains sont déjà entrés en phase de majoration des taux d'intérêt, mais également ceux dont la probabilité de concrétisation apparaît aujourd'hui moins grande, mais demeurent à anticiper.

Cette stratégie d'ensemble pourrait gagner à s'adosser à un dispositif spécifique, analogue dans son principe à celui dont bénéficient désormais les collectivités territoriales, mais distinct dans ses critères d'allocation et dans ses modalités d'encadrement des aides attribuées.

Cet accompagnement dans l'accès au crédit comme dans la désensibilisation du risque lié aux emprunts structurés devrait s'inscrire, sous peine d'instaurer une sorte de dépendance financière des établissements, dans une logique de mise sous tension des communautés hospitalières pour qu'elles s'engagent dans des changements structurels, permettant des gains d'efficacité indispensables pour engager le désendettement nécessaire du secteur hospitalier.

À cet égard, la présentation annuelle au conseil de surveillance de la stratégie de gestion de la dette de l'établissement et sa transmission ensuite pour approbation à l'agence régionale de santé apparaissent indispensables.

La Cour recommande ainsi de :

- 4. définir au niveau central une démarche d'ensemble claire et organisée de désensibilisation des emprunts structurés souscrits par les établissements publics de santé, faisant apparaître les priorités et les modalités de la sécurisation des encours des hôpitaux ;*
 - 5. envisager pour le secteur hospitalier la création d'un dispositif spécifique de soutien partageant l'allègement du coût de la neutralisation des risques attachés aux emprunts structurés entre les banques et les emprunteurs ;*
 - 6. obliger les directeurs des établissements à présenter annuellement au conseil de surveillance la stratégie de gestion de la dette de l'établissement, précisant, le cas échéant, la démarche de sécurisation des emprunts structurés, avant transmission à l'agence régionale de santé pour approbation.*
-

Conclusion générale

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 se sont traduits par un emballement de la dette hospitalière, qui a progressé à un rythme pouvant atteindre près de 20 % par an, pour finalement tripler en dix ans.

Les pouvoirs publics en portent la responsabilité au premier chef. Ils ont privilégié le levier de la dette pour financer un plus grand nombre d'opérations, sans avoir instauré des procédures de choix rigoureuses des investissements, et en allégeant en même temps leur contrôle sur la nature et le montant des emprunts souscrits.

Le pari de la dette était celui de la capacité des établissements, aidés par des dotations spécifiques de l'assurance maladie et par la nouvelle tarification à l'activité, à engager une dynamique de croissance de leurs recettes d'exploitation, qui leur permettrait d'assumer les charges de remboursement.

Les gestionnaires hospitaliers ne sont pas non plus sans responsabilité. L'argent de la dette a pu leur paraître un argent facile, dans un contexte réglementaire permissif et dans un climat de concurrence entre les établissements bancaires qui a favorisé le développement d'offres de crédit structurés dont les risques considérables ne sont apparus qu'ensuite.

En outre, les investissements ainsi réalisés ne se sont pas réellement inscrits dans une logique d'efficacité et de retour sur investissement dans la plupart des cas. Ils n'ont pas toujours été le levier de rationalisation, de reconfiguration de l'offre de soins et d'amélioration de l'efficacité espérés.

Les mesures d'encadrement progressivement prises depuis deux ans témoignent de la part des pouvoirs publics d'une tardive prise de conscience. Avec un encours atteignant aujourd'hui 1,4 % du PIB, la situation créée par cet emballement de la dette est grave, au plan des finances publiques en général, mais aussi parce que nombre d'établissements n'ont plus les marges d'exploitation suffisantes pour couvrir leurs charges de remboursement.

Une stratégie de désendettement s'impose, dans la ligne du redressement de nos comptes publics, d'autant que la contrainte que va faire peser l'ONDAM sur le secteur hospitalier va vraisemblablement peser plus lourdement.

Dans ces conditions, il ne faudra accepter d'opérations d'investissement lourdes que si elles sont véritablement structurantes, c'est-à-dire si elles garantissent un niveau élevé de retour sur investissement.

Pour que le ralentissement récent de la progression de la dette débouche sur une stabilisation puis une diminution de l'encours, les pouvoirs publics doivent amplifier la réorientation engagée de sa politique de soutien à l'investissement, désormais plus sélective et davantage fondée sur les aides en capital. Il n'est pas assuré en particulier que l'enveloppe annuelle de 4,5 Md€ d'investissements hospitaliers annoncée mi-2013 ne doive pas être réajustée à la baisse en fonction de la trajectoire de redressement des comptes publics, notamment en cas de recalage du taux de progression de l'ONDAM à un niveau sensiblement inférieur à sa programmation pluriannuelle actuelle.

L'action des pouvoirs publics a permis de contrer le risque d'assèchement des crédits offerts aux hôpitaux, à la suite de la crise financière. Mais les établissements demeurent pénalisés par le montant élevé des marges bancaires, aussi bien pour les crédits à court qu'à moyen et long terme. Ces difficultés plaident en faveur d'un recours direct au marché pour les établissements qui jouissent d'une bonne qualité de signature et qui ont la surface financière et l'organisation administrative suffisantes pour émettre des billets de trésorerie ou des obligations.

Au final, l'offre de crédit au secteur hospitalier ne retrouvera un équilibre satisfaisant qu'à terme, avec l'amélioration générale des conditions du crédit. Mais il faudra aussi juguler les risques spécifiques au secteur. A cet égard, la Cour appelle les pouvoirs publics à définir et à mettre en œuvre une démarche d'ensemble claire de désensibilisation des encours à risque.

La mise en place d'un fonds spécifique pour le secteur hospitalier, à l'exemple de celui créé récemment pour les collectivités territoriales, avec des modalités de financement, des critères d'éligibilité et des conditionnalités de versement des aides rigoureux, pourrait également faciliter ce rétablissement.

Mais un tel dispositif n'aurait de sens que si l'ensemble du monde hospitalier prend conscience du poids de la dette qui l'asphyxie et se mobilise pour réussir des réformes structurelles longtemps différées, seules à même de dégager les gains d'efficience indispensables.

Annexes

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de saisine de la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et des co-présidents de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) en date du 16 octobre 2012

Annexe 2 : Lettre du Premier président de la Cour des comptes à la présidente de la commission des affaires sociales et aux co-présidents de la MECSS en date du 14 janvier 2013

Annexe 3 : Lettre du Premier président à la présidente de la commission des affaires sociales et aux co-présidents de la MECSS en date du 21 juillet 2013

Annexe 4 : Listes des établissements publics de santé les plus endettés

Annexe 1



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

Paris, le 16 octobre 2012

Monsieur le Premier président,

À la suite de nos entretiens du 9 octobre dernier, nous avons l'honneur de demander à la Cour des comptes, en application des articles 47-2 de la Constitution et L. O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la réalisation d'un rapport d'enquête sur la dette des établissements publics de santé, notamment sur les produits financiers à risque et les emprunts structurés souscrits par ces derniers. Cette étude est attendue pour le premier trimestre 2014.

Dans l'attente de l'organisation d'une réunion de travail sur les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), nous avons d'ores et déjà saisi le président de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de la possibilité de demander prochainement à la Cour des comptes la réalisation d'un rapport d'enquête sur cette question. Ce rapport serait attendu pour la fin de l'année 2013.

Vous remerciant de la précieuse collaboration fournie par la Cour aux travaux de la MECSS, nous vous prions de croire, Monsieur le Premier président, à l'expression de notre parfaite considération.

Le Président,
Jean-Marco GERMAIN

Le Président,
Pierre MORANGE

La Présidente de la Commission,
Catherine LEMORTON

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS 01 SP

Secrétariat de la Mission : Assemblée nationale - Service de la culture et des questions sociales
Division du contrôle et des études - 126, rue de l'Université 75355 Paris cedex 07 SP
Tél. : 01 40 63 92 51 ou 01 40 63 65 94 - Télécopie : 01 40 63 55 22 - www.assemblee-nationale.fr

Annexe 2

*Le Premier Président
de la
Cour des Comptes*

Paris, le 14 JAN, 2013

1300132

Madame la présidente, Messieurs les présidents,

En réponse à votre courrier en date du 16 octobre 2012, relatif à la réalisation d'enquêtes en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, et à votre lettre en date du 20 novembre 2012 relative à la réalisation d'enquêtes en application de ce même article et de l'article 58-2° de la loi organique relative aux lois de finances, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour devrait être en mesure de vous remettre les rapports que vous avez demandés dans les délais que vous souhaitez.

Ainsi, le rapport sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), préparé par la cinquième chambre de la Cour, présidée par Mme Anne Froment-Meurice, vous parviendrait pour le 1^{er} octobre 2013. Il répondra aux prescriptions que vous avez formulées.

... / ...

Madame Catherine LEMORTON
Présidente de la commission des affaires sociales

Monsieur Jean-Marc GERMAIN
Co-président de la mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale

Monsieur Pierre MORANGE
Co-président de la mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale

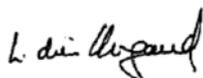
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP

L'enquête sur la dette des établissements publics de santé, notamment sur les produits financiers à risque et les emprunts structurés souscrits par ces derniers, vous serait remise pour le 31 mars 2014. Elle sera préparée par la sixième chambre de la Cour, dont le président est M. Antoine Durrleman.

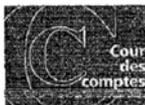
Les présidents de chambre et magistrats concernés sont à votre disposition pour toute précision sur le champ et la portée de ces travaux.

Je vous rappelle enfin que M. Jean-Marie Bertrand, président de chambre, rapporteur général, se tient à la disposition de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale pour tous les sujets que vous souhaiteriez aborder avec la Cour.

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, Messieurs les présidents, l'expression de ma haute considération.


Didier MIGAUD

Annexe 3



1303867

A Paris, le 23 JUL, 2013

Le Premier Président

Madame la Présidente, Messieurs les Présidents,

Par lettre en date du 16 octobre 2012, vous avez demandé, conformément aux dispositions de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, que la Cour des comptes procède à une enquête sur la dette des établissements publics de santé, notamment sur les produits financiers à risque et les emprunts structurés souscrits par ces derniers. Par un courrier du 14 janvier 2013, je vous avais fait part que la Sixième chambre de la Cour effectuerait cette enquête après avoir précisé avec vous le champ et la portée des travaux ainsi demandés.

Le 2 juillet dernier, le président de la Sixième chambre, la présidente de la section compétente en son sein et la rapporteure désignée pour cette enquête ont eu ainsi un entretien avec Monsieur Jean-Marc Germain, co-président de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale et rapporteur sur ce sujet, afin d'en préciser le périmètre.

Madame Catherine LEMORTON
Présidente de la commission des affaires sociales

Monsieur Jean-Marc GERMAIN
Co-président de la mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale

Monsieur Pierre MORANGE
Co-président de la mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale

ASSEMBLEE NATIONALE
126 rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP

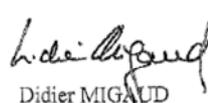
Il a été convenu qu'après une analyse globale du montant de la dette hospitalière, de sa progression et de sa structure, les investigations porteraient d'une part sur l'évolution des dettes non financières, dont les dettes fournisseurs, ainsi que les éventuels impayés fiscaux et sociaux, et d'autre part sur l'encours à court terme et à moyen/long terme, une attention particulière étant accordée aux emprunts les plus risqués.

Axée sur l'examen de ces passifs, mais également sur les conditions de souscription des emprunts et sur les mesures prises pour limiter les risques qu'ils font peser sur les finances hospitalières, l'enquête portera tant sur la tutelle nationale et régionale que sur les établissements de santé eux-mêmes. En particulier, seront analysées les données recueillies dans un échantillon d'établissements comprenant des CHU mais également des centres hospitaliers de plus petite taille, ayant pour caractéristique commune la souscription d'emprunts dits toxiques.

L'enquête analysera les mécanismes de décision internes aux établissements publics de santé, l'intervention dans ce domaine des agences régionales de santé et le cadrage effectué par les administrations centrales. Elle s'attachera à mesurer les enjeux financiers d'une conservation jusqu'à leur échéance des produits les plus risqués ou a contrario de leur renégociation ou de leur remboursement anticipé.

Eu égard au champ ainsi défini, il a été confirmé que les conclusions de la Cour vous seront transmises pour le 31 mars 2014.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, Messieurs les Présidents, l'expression de ma haute considération.



Didier MIGAUD

Annexe 4

Établissements publics de santé les plus endettés au 31 décembre 2012

I. Établissements les plus endettés en valeur absolue

	Établissement	Dettes (M€)
1	ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS	2 327
2	HOSPICES CIVILS DE LYON	891
3	ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE MARSEILLE	884
4	CHU D'AMIENS	448
5	CHU DE GRENOBLE	407
6	CHU DE DIJON	394
7	CHR DE METZ-THIONVILLE	382
8	CHU DE TOULOUSE	329
9	CHU DE CLERMONT-FERRAND	305
10	CHU DE NANCY	298
11	CHU DE NICE	294
12	CHR DE LILLE	294
13	CHU De SAINT ÉTIENNE	292
14	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	288
15	CHI TOULON LA SEYNE SUR MER	283
16	CH REGIONAL D'ORLEANS	261
17	CHU DE BESANCON	256
18	CHU DE LA REUNION	230
19	CHU DE NANTES	228
20	CH W MOREY CHALON S/SAONE	216

Source : ATIH

II. Centres hospitaliers régionaux dont le taux d'endettement (dette/produits) est le plus élevé

	Établissement	Dettes (M€)	Dettes/produits
1	CHU D'AMIENS	448	85%
2	CHR DE METZ-THIONVILLE	382	82%
3	CHU DE DIJON	394	80%
4	APHM	884	71%
5	CHR D'ORLEANS	261	69%
6	CHU DE GRENOBLE	407	65%
7	CHU DE SAINT ÉTIENNE	292	61%
8	CHU DE BESANCON	256	57%
9	HOSPICES CIVILS DE LYON	891	56%
10	CHU DE CLERMONT-FERRAND	305	55%
11	CHU DE FORT DE FRANCE	202	54%
12	CHU DE NICE	294	51%

III. Centres hospitaliers > 70 M€ dont le taux d'endettement (dette/produits) est le plus élevé

	Etablissement	Dettes	Dettes/produits
1	CH W MOREY CHALON S/SAONE	216	132%
2	CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE BRETAGNE	138	123%
3	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX à SARREGUEMINES	93	115%
4	C.H.I DE VILLENEUVE-ST-GEORGES	151	114%
5	CENTRE HOSPITALIER ALES-CEVENNES	123	103%
6	CTRE HOSP. ANDRE GREGOIRE à MONTREUIL	109	96%
7	CH DE RODEZ "HOPITAL JACQUES PUEL"	95	72%
8	CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON	88	67%
9	GRUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE à CREIL	123	65%
10	CH DE BETHUNE	76	65%
11	CH MEMORIAL DE SAINT-LO	58	56%
12	CH "JACQUES MONOD" - FLERS	41	51%