

<i>Indices sous-jacents</i>		Structures	
1	Indices zone euro	1	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	2	Barrière simple. Pas d'effet de levier.
3	Écarts d'indices zone euro	3	Option d'échange (<i>swaption</i>)
4	Indices hors zone euro. Écart d'indices dont l'un est un indice hors zone euro.	4	Multiplicateur jusqu'à 3 : multiplicateur jusqu'à 5 capé.
5	Écarts d'indices hors zone euro	5	Multiplicateur jusqu'à 5

Source : Charte Gissler

Les contrats présentant un niveau de risque plus élevé que ceux ainsi cotés sont usuellement qualifiés de 6F ou de « hors charte ».

Les emprunts hospitaliers les plus risqués, dits 6F ou « hors charte Gissler », représentaient fin 2012 près d'1 Md€, soit 3,9 % de l'encours total et étaient concentrés sur moins d'une centaine d'établissements de santé. La catégorie plus large des encours à risque élevé – comportant, outre les emprunts répertoriés en 6F, ceux relevant des catégories D et E au sens de la charte Gissler – atteignait 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 la banque Dexia, qui avait très majoritairement proposé ces produits structurés, montrait que 19 % des créances de cet établissement sur les hôpitaux pouvaient être qualifiées de

« structurés sensibles », soit une proportion équivalente à celle constatée pour les collectivités locales (20 %).

La Cour avait relevé que le coût de sortie des emprunts structurés contractés par les hôpitaux apparaissait extrêmement élevé : près d'1 Md€ fin 2012 pour sortir des seuls emprunts « hors charte ».

Dans ce contexte, elle avait appelé à envisager la création d'un dispositif spécifique de soutien, partageant le coût de la désensibilisation des risques entre les banques et les emprunteurs.

2 - Une réponse spécifique par l'institution d'un fonds de soutien propre aux établissements de santé

a) Un dispositif propre aux hôpitaux

Devant la montée de la crise des emprunts à risque au sein des collectivités territoriales, les pouvoirs publics ont mis en place un fonds de soutien à ces dernières par l'article 92 de la loi de finances pour 2014¹⁸³.

Comme l'avait suggéré la Cour, un dispositif du même type a été institué pour les établissements publics de santé, par deux instructions interministérielles du 22 décembre 2014 et le 28 juillet 2015. Comme pour les collectivités territoriales, il a pris la forme d'un fonds de soutien participant à la prise en charge dans la limite d'un taux plafond de 75 %, du coût des indemnités de remboursement anticipé (IRA) dues en cas de sortie d'un emprunt à risque.

Ce fonds de soutien a été doté, à hauteur de 400 M€ au total, par une contribution de l'assurance maladie pour 75 M€ et du secteur bancaire pour 325 M€, cette dernière se décomposant elle-même en un versement volontaire de 45 M€ de la SFIL et un apport de 280 M€ (soit 28 M€ par an sur la période 2016 à 2025), sous forme de l'affectation à la CNAMTS d'une part de la taxe instituée par l'article 235 ter ZE bis du code général des impôts afin de financer le fonds de soutien destiné aux collectivités territoriales.

¹⁸³ Une insertion figurant au tome I du présent rapport public annuel 2018 : *La sortie des emprunts à risque des collectivités locales : un exercice mené à bien mais un coût élevé pour les finances publiques*, dresse le bilan de son fonctionnement.

*b) Un mode de fonctionnement différent de celui du fonds créé
pour les collectivités territoriales*

Le périmètre d'intervention du fonds de soutien hospitalier est plus restrictif que celui destiné aux collectivités territoriales, tant au regard du degré de risque des emprunts éligibles que de la taille des institutions emprunteuses concernées.

Dans le dispositif hospitalier, seuls les emprunts dits « hors charte » ont été éligibles (catégorie « 6F »), alors que, dans le cas des collectivités territoriales, les emprunts présentant un niveau de risque inférieur (3E, 4E et 5E) ont été également pris en considération. Par ailleurs, alors qu'aucun critère de dimension n'avait été fixé pour les collectivités territoriales, ce qui a conduit certaines collectivités de taille importante à bénéficier du fonds de soutien, seuls les hôpitaux ayant réalisé moins de 100 M€ de produits de fonctionnement en 2013 étaient éligibles à une aide, seuil porté à 200 M€ dans le cas particulier des emprunts indexés sur la parité euro/franc suisse. Les CHU et les gros centres hospitaliers n'ont donc pas eu accès au fonds de soutien.

Comme le montre le tableau suivant, les plus gros bénéficiaires des aides accordées sont ainsi des établissements de dimension moyenne.

Tableau n° 1 : les dix principaux bénéficiaires d'aide

<i>Établissement</i>	<i>Montant de l'aide</i>
<i>CH Mayotte</i>	33,3 M€
<i>CH Juvisy</i>	21,2 M€
<i>CH Montreuil</i>	20,3 M€
<i>Pôle santé Sarthe et Loir La Flèche</i>	20,3 M€
<i>CH Meaux</i>	18,0 M€
<i>Institut de cancérologie de la Loire</i>	17,7 M€
<i>CH Briançon</i>	15,3 M€
<i>CH Arras</i>	15,1 M€
<i>CH Roanne</i>	13,6 M€
<i>CH Saint-Dizier</i>	13,4 M€

Source : Cour des comptes

La répartition des aides a été décidée par les seuls services du ministère de la santé, sans qu'une doctrine d'emploi explicite ait été définie, contrairement au fonds de soutien des collectivités territoriales, et sans qu'ils puissent bénéficier, malgré leur demande, du concours de la

Banque de France pour expertiser, comme pour ce dernier, le montant des indemnités de remboursement anticipé (IRA) réclamées par les banques. Dans ces conditions, le ministère s'est appuyé sur les travaux d'un cabinet privé.

L'analyse des soixante opérations de « désensibilisation » ainsi conduites, dont 45 portant sur des emprunts indexés sur la parité euro/ franc suisse, fait apparaître une démarche globale de progressivité des taux d'aide (proportion du coût de l'IRA prise en charge par le fonds de soutien) en fonction du montant de l'IRA.

Néanmoins, pour deux petits établissements - centre hospitalier de Saint-Dizier et centre hospitalier du sud-ouest mayennais- le montant de l'aide accordée par le fonds a excédé le taux plafond de 75 % fixé par l'instruction interministérielle le créant. Dans deux autres cas – centre hospitalier de Bonifacio, hôpital de la baie de Somme –, le taux d'aide a été proche ou supérieur à 70 % alors même que le montant des IRA était comparable à celui d'autres établissements pour lesquels ce taux avait été inférieur à 60 %.

3 - Une réponse à la fois très coûteuse et limitée

a) Un coût très élevé

Le dispositif de désensibilisation a porté sur 60 contrats pour un encours de 299,8 M€¹⁸⁴ et a conduit à des indemnités de remboursement anticipé d'un montant de 609,5 M€, soit plus de deux fois supérieur à cet encours. Le coût lié à ces renégociations apparaît ainsi très élevé au regard de ce qui est constaté pour les collectivités territoriales, pour lesquelles les IRA ont représenté en moyenne 100 % du capital restant dû.

Le coût de ces indemnités a été pris en charge majoritairement par les établissements hospitaliers ou par l'assurance maladie, la participation des banques étant minoritaire (49 %), tout en étant supérieure à ce qui prévaut pour les collectivités territoriales (37 %).

¹⁸⁴ Des négociations restent en cours pour deux autres emprunts, portant sur des encours d'un peu plus de 20 M€.

Tableau n° 2 : répartition du coût des IRA (hôpitaux/collectivités territoriales) ¹⁸⁵

	IRA	Assurance maladie (hôpitaux) ou État (collectivités territoriales)	Participation ou taxation banques¹⁸⁶	Organisme emprunteur
<i>Hôpitaux</i>	657,8M (100 %) ¹⁸⁷	75,0 M€ (12 %)	325,0 M€ (49 %)	257,8 M€ ¹⁸⁸ (39 %)
Collectivités territoriales	4 500 M€ (100 %)	939,5 M€ (21 %)	1 672,5 M€ (37 %)	1 889 M€ (42 %)

Source : Cour des Comptes

b) Une désensibilisation restée partielle

Selon les données du ministère des solidarités et de la santé, les encours d'emprunt relevant de la catégorie 6F étaient de 494 M€ (soit 1,7 % de l'ensemble des encours) en 2016, marquant ainsi une diminution significative par rapport à l'année 2015 (les emprunts en 6F représentaient alors 2,5 % du total, contre 3,9 % en 2012). Pour autant, le risque lié aux emprunts structurés des établissements hospitaliers demeure réel.

En définitive, seuls 35 % des crédits classés en 6F avaient été désensibilisés en 2015. Dans le cas des collectivités territoriales, ce sont les deux tiers des encours sensibles éligibles estimés qui ont été traités grâce à l'aide du fonds de soutien.

Le caractère limité du périmètre du fonds de soutien fait que des encours d'emprunts à risque continueront à peser lourdement sur la situation financière de certains établissements.

¹⁸⁵ Dans ce tableau, la somme, pour les hôpitaux, de la participation de l'assurance maladie (75 M€) et du secteur bancaire (325 M€) correspond aux 400 M€ dont le fonds de soutien a été doté.

¹⁸⁶ En prenant en compte l'affectation à la CNAMTS d'une part du produit de la taxe de l'article 235 ter ZE bis du CGI.

¹⁸⁷ Soit 609,4 M€ au titre des 60 dossiers ayant donné lieu à accord et 48,3 M€ au titre de deux dossiers encore en discussion.

¹⁸⁸ Ce chiffre s'entend avant aides des ARS au titre du FIR et éventuels gestes commerciaux des banques.

La situation du CHU de Saint-Etienne

L'endettement du CHU de Saint-Etienne¹⁸⁹ trouve son origine dans d'importants investissements (environ 387 M€ en 10 ans dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012), couverts par emprunt à hauteur de 363 M€. Rompant avec une politique privilégiant les emprunts à taux fixe, le CHU a eu recours, entre 2003 et 2010, à de nombreux emprunts au taux indexé sur la parité entre différentes monnaies.

Malgré un processus de désendettement entre 2010 et 2016, le montant des charges financières est passé de 9,7 M€ à 14,7 M€, du fait des emprunts structurés. À la fin 2016, les IRA potentielles liées à la désensibilisation de ces emprunts structurés étaient estimées à 101,6 M€, dont 74,8 M€ pour un emprunt 6F représentant un encours de 34,3 M€ et arrivant à échéance en 2036. À l'heure actuelle, aucun scénario de sortie n'a été défini pour cet établissement.

B - Une dette davantage sous contrôle, mais qui reste à un niveau élevé

1 - Un endettement mieux maîtrisé et davantage encadré

L'endettement hospitalier consiste essentiellement en des emprunts bancaires (25,7 Md€ en 2016). Pour leur plus grande part, les nouveaux emprunts contractés par les hôpitaux ont été conclus à taux fixe¹⁹⁰. Les autres composantes correspondent principalement à des emprunts obligataires (2,4 Md€¹⁹¹) et à des encours (près de 1,5 Md€) liés à des partenariats publics/privés (PPP), ces derniers étant en réduction principalement sous l'effet de la résiliation en 2014 du PPP du centre

¹⁸⁹ Cf. Rapport d'observations définitives sur les comptes et la gestion du CHU de Saint-Etienne, Chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes, mai 2016.

¹⁹⁰ Selon l'observatoire de la dette de l'ATIH, les trois quarts des emprunts à plus de 20 ans contractés en 2015 (et qui représentaient eux-mêmes plus la moitié des nouveaux encours) ont été à taux fixe.

¹⁹¹ Dont 1,5 Md€ au titre de l'AP-HP. Les autres emprunts obligataires sont principalement (pour 0,7 Md€) le fait d'un groupement de coopération sanitaire associant 20 CHU.

hospitalier du sud francilien, porteur des engagements financiers les plus lourds¹⁹².

Ce recours à des modalités d'emprunt exposant moins les établissements à des aléas financiers tient à un cadre légal et réglementaire encadrant progressivement plus strictement leurs conditions d'endettement : d'une part, le code de la santé publique prohibe désormais le recours par les hôpitaux aux emprunts structurés¹⁹³, d'autre part les établissements publics de santé n'ont plus la possibilité de souscrire des contrats de partenariat public-privé¹⁹⁴, enfin les hôpitaux considérés en surendettement doivent soumettre à l'accord préalable de l'agence régionale de santé tout recours à l'emprunt.

Dans ce contexte, la structure de l'endettement hospitalier a évolué dans un sens plus favorable. Au regard de la charte Gissler, 90 % des encours relevaient en 2016 de la catégorie la moins risquée (A1).

Tableau n° 3 : évolution de la répartition des encours de dette par niveau de risque

	2014	2015	2016
<i>Part des A1</i>	86,5 %	88,6 %	90,4 %
<i>Part des risques faibles (A2, B1 et B2)</i>	4,5 %	3,4 %	3,5 %
<i>Part des risques limités (A3 à A5, B3 à B5, C1 à C5)</i>	1,9 %	1,7 %	1,5 %
<i>Part des emprunts classés D1 à D5 et E1 à E5</i>	4,0 %	3,4 %	2,9 %
<i>Part des emprunts 6F</i>	3,2 %	2,5 %	1,7 %

Source : Cour des Comptes

Selon les informations fournies par le ministère des solidarités et de la santé, l'encours d'emprunts structurés des établissements publics de santé s'est contracté à 494 M€ en 2016, soit une baisse de 50 % par rapport à 2012. Désormais, les encours classés 6F ne représentent plus que 1,7 % de la dette totale, contre 3,9 % en 2012. L'encours de l'ensemble des emprunts structurés risqués ne représente plus, quant à lui, que 4,6 % de la dette des établissements publics de santé, contre plus de 9 % en 2012.

¹⁹² Cf. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, T.I, Volume 2, Les partenariats public-privé du plan Hôpital 2007 : une procédure mal maîtrisée, p. 369-395. La Documentation française, février 2014, 417 p., disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁹³ Articles D. 6145-71 et D. 6145-72.

¹⁹⁴ Article 34 de la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

2 - Malgré un début de diminution en 2016, un niveau d'endettement qui demeure élevé

Rompant avec l'emballlement constaté précédemment, la période la plus récente a connu une stabilisation en 2015, puis un début de diminution en 2016 de la dette des établissements publics de santé : elle s'est élevée à 29,8 Md€ en 2016 contre 30,8 Md€ en 2014¹⁹⁵.

Cette maîtrise de l'endettement s'inscrit dans le contexte d'une diminution des dépenses d'investissement des hôpitaux entre 2014 et 2016 et de leur autofinancement presque complet, les aides à l'investissement n'ayant qu'une part réduite et l'endettement un rôle marginal dans leur financement en 2016.

Néanmoins, dans le même temps, le secteur hospitalier a continué à accumuler des déficits (606 M€ en 2015 et 529 M€ en 2016¹⁹⁶) et la capacité d'autofinancement (CAF)¹⁹⁷ a été en réduction sur la période (3,1 Md€ en 2016, contre 3,4 Md€ en 2014).

Même si la dette s'est réduite en 2016, elle est ainsi devenue plus lourde à supporter pour les établissements. La part qu'elle représente dans les ressources à long terme des hôpitaux (ratio de dépendance financière) a continué à s'accroître, alors même que leur capacité à faire face à leurs remboursements d'emprunt (rapport de la dette à la CAF) s'amenuise chaque année depuis 2011.

**Tableau n° 4 : évolution des indicateurs de soutenabilité financière
de la dette des établissements de santé**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Dépendance financière.</i>	49 %	51 %	51 %	51 %	51 %	53 %
<i>Dette/CAF</i>	6,6	7,5	8,4	9,0	9,3	9,7

Source : Cour des Comptes, d'après données DGFIP

¹⁹⁵ Source : données comptables produites par la DGFIP et centralisées par la Cour.

¹⁹⁶ Pour le budget principal ; les excédents constatés sur les budgets annexes (en particulier celui lié au patrimoine immobilier non affecté aux soins, souvent issu de dons et legs) compensent en partie ces déficits.

¹⁹⁷ La CAF désigne l'ensemble des ressources financières générées par les opérations de gestion de l'établissement, disponibles pour couvrir les remboursements d'emprunt et participer au financement des dépenses d'investissement.

Dans ces conditions, le niveau de dette demeure élevé au regard des capacités de remboursement des hôpitaux pris dans leur ensemble et doit appeler une attention renforcée des responsables hospitaliers.

En ce sens, la Cour avait recommandé la présentation au conseil de surveillance de chaque établissement d'un rapport annuel sur la dette. Le ministère de la santé n'y a pas donné de suite, estimant suffisantes les informations sur la dette annexées au compte financier. Pourtant, un rapport spécifique sur ce sujet, soumis à débat, constituerait un levier souhaitable pour prendre collectivement la mesure des risques associés et inciter les communautés hospitalières à prendre les mesures nécessaires pour y remédier, notamment dans les cas toujours nombreux de surendettement.

C - Des établissements toujours nombreux en situation d'endettement excessif

Le code de la santé publique définit de manière précise les critères d'un endettement excessif des établissements de santé.

Les critères d'endettement excessif selon l'article D. 6145-70 du code de la santé publique

Selon cet article, les indicateurs qui caractérisent un niveau excessif d'endettement sont suivants :

- le ratio de dépendance financière excède 50 % ;
- le ratio dette/CAF excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Le régime d'autorisation préalable par l'agence régionale de santé du recours à l'emprunt s'applique aux établissements dont le niveau de dette est tel qu'il dépasse au moins deux de ces trois ratios.

Cette situation concerne un nombre d'établissements qui demeure très important : 319 en 2015. Sont ainsi dans ce cas un tiers des établissements publics de santé, dont 19 CHR¹⁹⁸ et 300 centres hospitaliers (parmi lesquels 193 établissements ayant moins de 70 M€ de produits de fonctionnement et 107 présentant plus de 70 M€ de produits de fonctionnement), essentiellement en Auvergne Rhône-Alpes (50 établissements) et en Occitanie (33 établissements).

Pour près des deux tiers des 45 hôpitaux ayant connu les déficits¹⁹⁹ les plus élevés en 2016, les charges financières liées à un niveau excessif d'endettement ont contribué de manière importante à ce résultat. Il en va notamment ainsi de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (41,6 M€ de déficit en 2016, dans le contexte de charges financières de 33,5 M€), du centre hospitalier régional d'Orléans (14,7 M€ de déficit en 2016, avec des charges financières de 11,6 M€) ou du centre hospitalier du Sud francilien (8,3 M€ de déficit, pour des charges financières de 16,8 M€).

*

**

Si les risques pesant sur l'endettement hospitalier apparaissent ainsi globalement mieux maîtrisés, cette amélioration reste inégale et partielle, qu'il s'agisse du maintien de la dette totale à un niveau encore élevé, de la persistance dans son encours d'emprunts à risques élevés, voire très élevés, pour une part non négligeable du fait des limites de l'opération de sortie des emprunts structurés engagée avec la création d'un fonds spécifique pour les hôpitaux, dont les résultats apparaissent de ce fait limités, et enfin du maintien un endettement excessif d'un tiers des établissements publics de santé, dont une grande part des CHU. Cette situation fragile appelle à une forte vigilance en matière d'investissement hospitalier.

¹⁹⁸ HCL, AP-HM, CHU de Nice, Caen, Dijon, Besançon, Toulouse, Rennes, Grenoble, Saint-Etienne, Orléans, Nancy, Metz-Thionville, Clermont-Ferrand, Strasbourg, Amiens, Guadeloupe, Martinique, La Réunion Ces établissements représentent 47 % des produits de fonctionnement (en 2016) de l'ensemble des CHU.

¹⁹⁹ Déficit du budget principal.

II - Une sélectivité à renforcer dans les choix d'investissement

La période 2014-2016 a connu une contraction des investissements hospitaliers, ce qui a contribué à la maîtrise de l'endettement, mais les années à venir seront probablement marquées par une reprise des investissements.

Dans ce contexte, la procédure d'approbation des projets les plus importants, qui a contribué, malgré des insuffisances, à réguler les dépenses depuis 2014, est à rendre plus rigoureuse pour renforcer la sélectivité des choix d'investissement.

A - Une reprise prévisible des dépenses d'investissement après une phase de contraction

1 - Une inflexion récente des investissements hospitaliers

Sous l'effet des programmes « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », qui avaient favorisé dans une logique de guichet ouvert, comme l'avait relevé la Cour dans plusieurs de ses travaux, de nombreux effets d'aubaine sans considération suffisante des enjeux d'efficience et des nécessités de réorganisation des structures hospitalières, les dépenses d'investissement des établissements publics de santé avaient connu une dynamique très forte. En constante progression depuis le début des années 2000, elles étaient devenues supérieures à 6 Md€ par an en 2010 comme en 2011.

À compter de 2014, elles ont toutefois engagé un mouvement de baisse progressif qui les a ramenées de 4,6 Md€ en 2014 à 4,3 Md€ en 2015 et 4,1 Md€ en 2016. À ce cycle baissier devrait succéder dans les années qui viennent une relance de l'investissement hospitalier.

2 - Une reprise prévisible d'une dynamique d'investissement au financement incertain

Plusieurs facteurs sont de nature à se conjuguer pour relancer les dépenses d'investissement hospitalier.

En premier lieu, un ensemble de 22 projets d'investissement – portant sur un total de 5,4 Md€ HT avant aides – ont fait l'objet d'une approbation par les administrations centrales²⁰⁰. Les chantiers correspondant ayant vocation à être engagés prochainement par les établissements, il s'en suivra mécaniquement des dépenses supplémentaires.

S'y ajoute l'effort annoncé en faveur des investissements hospitaliers dans le cadre du grand plan d'investissement 2018-2022 rendu public le 25 septembre 2017, qui prévoit de consacrer 3 Md€ aux équipements techniques et mobiliers des hôpitaux. Plus généralement, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la recomposition de l'offre de soins que les pouvoirs publics escomptent de celle-ci se traduira, à termes plus ou moins rapproché par des investissements d'accompagnement et de réorganisation, sans lesquels la restructuration attendue de l'offre de soins hospitalière resterait limitée.

Or, en termes de possibilités de financement, les perspectives sont incertaines. En effet, l'accroissement probable des charges de personnels (notamment sous l'effet du protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunération »²⁰¹) et des contraintes sur les tarifs (découlant de la maîtrise nécessaire des dépenses d'assurance maladie) risquent de contribuer à la poursuite de la réduction de l'autofinancement. Le niveau des aides publiques à l'investissement devrait également demeurer contraint dans la mesure où elles sont financées par l'assurance maladie. Enfin, les produits de cession qui pourraient être mobilisés sont d'autant moins assurés qu'une mobilisation du foncier public à prix décotés est recherchée pour la relance de la construction de logements sociaux.

Dans ce contexte, une nouvelle phase de recours à l'emprunt pourrait être vue comme une solution facilitatrice. Elle pourrait cependant exposer certains hôpitaux à de nouvelles fragilités sur le plan financier. Encadrer plus rigoureusement les choix des investissements ainsi financés apparaît ainsi nécessaire.

²⁰⁰ Cf. développements infra consacrés à la procédure d'approbation par le COPERMO.

²⁰¹ Courant sur la période 2016 à 2020, ce protocole implique un ensemble de modifications statutaires tendant à des revalorisations de grilles indiciaires et à des améliorations de carrière, notamment dans la fonction publique hospitalière. Le Gouvernement a toutefois décidé d'en reporter l'application d'un an.

B - Une procédure utile de sélection des projets d'investissement à renforcer

1 - Une approbation désormais au niveau central des investissements les plus importants

Dans sa communication de 2014, la Cour avait relevé l'intérêt de la mise en place, par une circulaire interministérielle alors toute récente, d'une procédure centralisée d'approbation des projets d'investissement hospitalier les plus importants (opérations portant sur plus de 50 M€ HT de travaux).

Confiée au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)²⁰², cette procédure contraint les établissements à établir un dossier complet et étayé, validé en premier niveau par l'agence régionale de santé (ARS), justifiant de la pertinence de leurs projets au regard de leurs besoins de modernisation mais aussi en termes de progrès d'efficacité dans leur organisation et de trajectoire financière.

En outre, dans le cadre de la législation sur l'évaluation des investissements publics²⁰³, la validation des projets portant sur un montant supérieur à 100 M€ HT donne lieu obligatoirement à une contre-expertise confiée au commissariat général à l'investissement (CGI). Cette contre-expertise a pour objet la validation et l'actualisation des hypothèses d'évaluation socio-économique, la vérification de la pertinence des méthodes utilisées et l'évaluation des résultats qui en découlent.

À la fin de l'année 2016, le COPERMO avait validé 45 projets d'investissement hospitaliers, dont 16 contre-expertisés par le CGI. Cette procédure a conduit à des affinements successifs souvent substantiels des dossiers présentés de manière à renforcer à la fois les gains attendus et à assurer de manière plus solide leur financement.

²⁰² Ce comité est composé de représentants du ministère chargé de la santé (secrétaire général du ministère, direction générale de l'offre de soins, direction de la sécurité sociale, inspection générale des affaires sociales), du ministère chargé des comptes publics (direction du budget, direction générale des finances publiques), du ministère chargé de l'Outre-Mer ainsi que de la CNAMTS.

²⁰³ Article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

Tableau n° 5 : les projets d'investissement les plus importants validés par le COPERMO

<i>Établissement</i>	Date de validation	Objet	Coût prévisionnel des travaux²⁰⁴
<i>CHU de Nantes</i>	2013	Regroupement sur un site unique de l'ensemble des activités du CHU	976,2 M€
<i>AP-HP</i>	2017	Construction d'un campus regroupant les activités des hôpitaux Bichat et Beaujon	719,0 M€
<i>CHU de Caen</i>	2017	Reconstruction du CHU sur un nouveau site	501,7 M€
<i>CHU de Pointe à Pitre</i>	2015	Reconstruction du CHU	590,0 M€

Source : commissariat général à l'investissement

Dans la majorité des cas, ces projets portent sur des constructions de sites neufs ou des reconstructions, de manière à rationaliser les activités de soins ou médico-techniques.

Cette procédure d'approbation par le COPERMO a été appliquée, y compris pour les projets qui avaient été retenus par le ministère de la santé au titre des schémas régionaux d'investissement de santé (SRIS) par les ARS ainsi que du programme « Territoires de santé 2021 »²⁰⁵.

La trajectoire financière qui doit être exposée dans le cadre de cette procédure requiert des établissements qu'ils identifient les économies de fonctionnement ou les recettes supplémentaires d'activité que le projet d'investissement doit permettre de réaliser, de manière à dégager un niveau suffisant de marge brute pour garantir un équilibre financier à moyen terme.

²⁰⁴ Hors coûts d'acquisition du foncier ou achat d'équipements.

²⁰⁵ Annoncé en 2016, ce plan porte sur un montant de 2 Md€ pour la période 2017-2021 et vise à favoriser le déploiement de projets médicaux partagés pour la mise en place de groupements hospitaliers de territoire.

L'enjeu du taux de marge brute non aidée

La marge brute non aidée désigne l'autofinancement dégagé par l'établissement au titre de son exploitation, en disjoignant les éléments financiers et exceptionnels ainsi que les aides financières non pérennes accordées par la tutelle.

Le taux de 8 % rapporté aux produits d'exploitation résulte du constat²⁰⁶ que le financement des investissements courants et le service de la dette correspondent en moyenne, chacun, à 4 % des produits d'exploitation. Dans ces conditions, un taux de marge brute non aidée de 8 % permet de couvrir les dépenses d'investissements courants et d'honorer le service de la dette sans avoir à contracter de nouveaux emprunts.

Dans ces conditions, la réalisation d'investissements financés par emprunt qui ne permettrait pas de dégager ce niveau de marge brute *in fine* expose l'établissement à une dégradation de sa situation financière.

La Cour avait recommandé que ce taux soit opposable, et non seulement considéré comme une référence indicative, et suggéré qu'il soit fixé à 8 % hors aide, montant nécessaire pour assurer à la fois l'amortissement de la dette et le financement de l'investissement courant des établissements.

Différents travaux²⁰⁷ ont souligné l'intérêt de la procédure de validation des projets d'investissement par le COPERMO qui a permis de mieux conditionner l'investissement des hôpitaux à leurs résultats et à leurs perspectives économiques et financières. Pour autant, la procédure suivie n'apparaît pas exempte de faiblesses.

2 - Une procédure non exempte de faiblesses

La grille d'analyse du COPERMO ne définit pas de manière suffisamment précise la nature des coûts prévisionnels à prendre en compte. Ces derniers n'intègrent parfois qu'une partie des dépenses nécessaires au bon achèvement de l'opération.

²⁰⁶ Ces taux reposent sur des estimations effectuées en mars 2013 à partir des données de la DGFIP (cf. rapport IGAS/IGF RM2013-032P et n° 2012-M-072-02 : évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier).

²⁰⁷ Notamment Inspection générale des finances Évaluation des procédures d'évaluation socio-économique des projets d'investissement (2016) et rapport de M. Olivier Véran sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé.

C'est ainsi que dans le cas du CHU de Caen, le projet validé par le COPERMO, qui porte sur la reconstruction sur un autre site de l'établissement, ne prend pas en considération le coût de démolition (120 M€ HT) du bâtiment actuel qui est sujet à des risques importants en termes d'exposition à l'amiante et de sécurité-incendie. Il en est allé de même, pour des enjeux financiers moindres (30 M€), pour un projet de restructuration sur deux sites des activités cliniques du CHU de Tours.

Plus fondamentalement, le taux de marge brute non aidée de 8 %, qui avait été recommandé par la Cour, est certes pris en compte en tant que référence souhaitable, ce qui constitue un progrès, mais les pouvoirs publics refusent de le rendre opposable et de faire de son atteinte une condition à l'approbation d'un projet par le COPERMO, de manière à pouvoir s'adapter plus finement à la diversité des projets et des situations des établissements.

Cette souplesse autorise parfois un traitement insuffisamment rigoureux de certains établissements. Ainsi, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui est engagée dans des projets de grande ampleur (2,9 Md€ prévus au total pour la période 2017 à 2021), s'est vue assigner un objectif en termes de taux de marge brute non aidée limité à 5,3 %, soit inférieur à la référence habituelle de 8 %.

Ces faiblesses affectant la procédure d'approbation par le COPERMO doivent être corrigées, dans un contexte de risque de remontée de la dette hospitalière liée à une reprise prévisible des investissements.

3 - La nécessité d'une rigueur renforcée dans les choix d'investissement

Pour mieux prévenir ces risques sur un plan général, l'article 26 de loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 prévoit la remise annuelle au Parlement d'un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé, faisant état de l'évolution des charges, des produits, de l'endettement et des dépenses d'investissement. Cette nouvelle disposition renforcera très utilement la transparence sur l'endettement hospitalier et permettra de mieux associer le Parlement aux enjeux qui y sont liés, en particulier au regard des grandes évolutions des dépenses d'investissement, dans la mesure où elles sont déterminantes pour l'évolution du niveau d'endettement des hôpitaux.

Pour autant, c'est d'abord par une rigueur accrue dans la détermination des projets d'investissement retenus que seront mieux

conciliés au moins les besoins de modernisation liés au progrès médical et nécessaires à la qualité des prises en charge pour les patients, le dégagement de gains d'efficacité indispensables à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, et la soutenabilité de la situation financière des établissements.

Il importe en particulier dans ce contexte de réserver le financement par emprunt aux projets suffisamment efficaces et participant à la recombinaison de l'offre de soins, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire. Il apparaît nécessaire, en ce sens, de consacrer sur le plan réglementaire l'existence du COPERMO, de définir plus rigoureusement les conditions de validation par ses soins des projets d'investissement en les conditionnant à l'atteinte d'un taux de marge de 8 % au moins, tout en prévoyant la possibilité de dérogation dans certaines situations précises, comme les mises en conformité de sécurité, sur la base de décisions explicitement justifiées.

Plus généralement, la procédure d'examen des projets devant le COPERMO gagnerait à évoluer sur un double plan. D'une part, les outils d'évaluation socio-économique et d'analyse du retour sur investissement des projets mis à sa disposition gagneraient à être affinés, comme au demeurant le ministère a commencé à y travailler. D'autre part, le seuil de contre-expertise des projets par le CGI pourrait être abaissé²⁰⁸ pour mieux objectiver et structurer l'appréciation de leur intérêt et des modalités de leur financement. Parallèlement, pour les projets de dimension régionale (de 20 à 50 M€) de la seule compétence des ARS, la grille d'analyse du COPERMO devrait être une référence plus largement diffusée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis la communication de la Cour d'avril 2014, l'endettement hospitalier a connu une amélioration sensible, plusieurs mesures ayant été prises en cohérence avec les constats et les recommandations qu'elle avait alors formulés. Mais ces progrès restent encore inégaux, partiels et fragiles.

²⁰⁸ La fixation du seuil à 70 M€ au lieu de 100 M€, par exemple, aurait conduit à soumettre à contre-expertise les deux tiers environ des projets validés jusqu'ici par le COPERMO dans le cadre des SRIS.

Un fonds spécifique de soutien aux hôpitaux a été mis en place pour renégocier les emprunts structurés les plus risqués. La sortie des emprunts en question est restée cependant très partielle, au rebours du traitement adopté pour les collectivités territoriales, et s'est avérée particulièrement coûteuse. Malgré un infléchissement récent de l'encours de la dette et l'amélioration de sa structure par la diminution de la part des emprunts à risque, des difficultés persistent et se concentrent sur certains établissements. Un tiers d'entre eux reste en endettement excessif et les déficits hospitaliers sont largement liés au poids des charges financières.

Dans ce contexte, la dette hospitalière doit continuer à appeler une attention particulièrement vigilante, tant des communautés hospitalières que des pouvoirs publics, en particulier dans un contexte où après une période de diminution des dépenses d'investissement au cours des dernières années, différents facteurs sont à l'œuvre qui vont tous dans le même sens d'une reprise de l'investissement hospitalier à terme rapproché, non sans risquer d'alimenter la tentation d'un recours accru à l'emprunt alors que les capacités d'autofinancement des établissements tendent à diminuer.

Dans le contexte d'une contraction progressive de l'investissement hospitalier qui a fortement contribué à la meilleure maîtrise de l'endettement, la mise en place d'une procédure de validation des projets les plus importants au niveau interministériel et l'obligation d'une contre-expertise par le commissariat général à l'investissement de ceux aux montants les plus élevés, ont constitué un réel progrès. Mais ces procédures connaissent des limites et des faiblesses préjudiciables auxquelles il convient de remédier sans attendre. Dans la mesure où une relance de l'investissement hospitalier pourrait s'engager, il importe de renforcer la sélectivité des projets retenus pour garantir leur apport tant à la modernisation et à la qualité des prises en charge des patients, à la mobilisation de gains d'efficacité indispensables à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et à la consolidation durable de la situation financière des hôpitaux.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 1. donner une assise réglementaire au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) et préciser par ce texte les conditions de validation par ses soins des projets aidés en y intégrant l'obligation d'un taux de marge de 8 % et en définissant de manière limitative les possibilités de dérogation à ce taux (recommandation réajustée) ;*

2. *à cette occasion, abaisser de manière significative le seuil de soumission obligatoire des projets passant en COPERMO à une contre-expertise du commissariat général à l'investissement (recommandation nouvelle) ;*
 3. *affiner les méthodes d'évaluation socio-économique et d'analyse du retour sur investissement du COPERMO, notamment par une définition homogène et extensive des coûts pris en considération (recommandation nouvelle) ;*
 4. *faire soumettre annuellement par le directeur de l'établissement au conseil de surveillance un rapport sur la situation de la dette et sa stratégie de gestion (recommandation réajustée).*
-

Réponses

Réponse de la ministre des solidarités et de la santé.....	302
Réponse du directeur général de l'AP-HM.....	303
réponse du directeur général du CHU de Saint-Etienne	304
Réponse du commissaire général à l'investissement	304
Réponse de la directrice par intérim du centre hospitalier de Bonifacio.	305

Destinataires n'ayant pas d'observations

Directeur général de l'AP-HP
Directeur de l'hôpital du Sud-Ouest Mayennais
Directeur de l'hôpital de la Baie de Somme

Destinataires n'ayant pas répondu

Ministre de l'action et des comptes publics
Directeur général du centre hospitalier universitaire de Caen
Directeur général du centre hospitalier régional d'Orléans
Directeur général du centre hospitalier du Sud Francilien
Directeur du centre hospitalier de Saint-Dizier

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Comme vous le soulignez dans le rapport, le Ministère des Solidarités et de la Santé est particulièrement vigilant quant à l'évolution de l'endettement des hôpitaux publics. La prévention de l'endettement excessif fait à ce titre l'objet de l'article D.6145-70 du code de la santé publique, prévoyant l'accord préalable du directeur de l'ARS à l'endettement supplémentaire des établissements ne satisfaisant pas des critères fixés. Par ailleurs, plusieurs établissements sont suivis dans leur redressement par le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) dans son volet de la performance en raison de leur endettement excessif. Afin de réduire le recours à la dette, levier privilégié lors des plans d'investissements précédents, les aides versées au titre du futur Grand Plan d'Investissement (GPI) privilégieront le vecteur de l'aide directe en capital.

Vous insistez sur l'importance d'asseoir le COPERMO sur une base réglementaire. Je partage cet avis : c'est pourquoi j'ai demandé à mes services d'amorcer des travaux qui devront permettre de proposer en 2018 une instruction venant compléter la circulaire interministérielle du 5 juin 2013, et actualiser la procédure d'analyse des dossiers présentés au COPERMO. Une attention particulière sera portée à la place de l'analyse socio-économique, dont il convient de consolider la méthodologie, et à la complétude des coûts qui devra reposer sur une définition homogène et globale.

Par ailleurs, cette instruction abordera le sujet de la soutenabilité des investissements. À ce titre, la cible de 8% de marge brute doit plutôt être appréhendée comme une valeur repère, non systématiquement applicable aux situations particulières des établissements auxquels se consacre le COPERMO.

Aussi, plutôt que d'imposer une cible uniforme de marge brute, l'instruction des dossiers devra permettre de révéler le niveau de marge brute permettant d'assurer une trajectoire financière soutenable, c'est-à-dire couvrant, a minima, la charge de la dette et des investissements courants, tout en préservant l'autonomie financière de l'établissement en matière de trésorerie. L'évaluation, la sélection, et la mise en œuvre de projets d'établissements exigeants, appuyés par un plan d'investissement rationnel et performant, permettront d'atteindre ces objectifs.

La Cour souligne les progrès réalisés dans l'analyse des projets par le niveau national et l'apport de la contre-expertise du Commissariat

Général à l'Investissement (CGI). Je souscris à ces constats, mais je ne partage pas la recommandation consistant à abaisser le seuil de soumission à contre-expertise.

En effet, en vertu du principe de subsidiarité, le COPERMO a vocation à valider en priorité les projets d'ampleur significative, qui entrent donc par construction dans le champ du CGI en vertu du décret n° 2013-1211 sur le contrôle des investissements publics. Par ailleurs, le vivier d'experts à même de conduire des contre-expertises sur l'investissement hospitalier est restreint, limitant leur champ d'intervention. Mes services travaillent actuellement à la mise en place dès 2018 d'un comité permettant d'étoffer ce vivier en assurant notamment la rémunération des experts, comme préconisé par le rapport IGF de décembre 2016. Ce vivier étendu pourrait permettre le cas échéant de saisir au cas par cas le CGI sur des projets de plus de 70 M€ dont la complexité ou la soutenabilité nécessiteraient un recours à une expertise externe.

La dernière recommandation du rapport de la Cour concerne la création d'un rapport spécifique présenté par le directeur d'établissement au conseil de surveillance sur la situation de la dette et sa stratégie de gestion. En l'état, l'article L6143 fixant les attributions du conseil de surveillance me semble répondre aux enjeux de supervision de la dette par la gouvernance institutionnelle des établissements publics de santé.

En effet, il est déjà prévu que le conseil de surveillance valide le compte financier, lequel comporte un état de la dette. La stratégie d'endettement est également contrôlée par le conseil de surveillance lorsque, selon le même article, le directeur de l'établissement lui présente l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), qui comporte le plan global de financement pluriannuel et donc la contribution de l'emprunt au tableau de financement du programme d'investissement proposé.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AP-HM

Je souhaite vous faire part d'une observation, relative à votre dernière recommandation, qui consiste à « faire soumettre annuellement par le directeur de l'établissement au conseil de surveillance un rapport sur la situation de la dette et sa stratégie de gestion ». Je partage votre souhait d'une information transparente et institutionnelle sur la gestion de

la dette et souscrit pleinement à votre recommandation. Une présentation dédiée à cette problématique pourrait en effet être réalisée, une fois par an, devant les membres du conseil de surveillance, afin de présenter l'état de la dette de l'établissement, ses principales caractéristiques et les opérations de gestion de dette en cours. Cette présentation pourrait s'accompagner d'une présentation de ces mêmes éléments, pour information, aux instances de gouvernance internes de l'établissement.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE SAINT-ETIENNE

Je me permets de vous rappeler que le CHU de Saint-Etienne (CHUSE) demeure assez fortement endetté. L'encours de la dette total s'élève à 244 M€ à fin 2016, ce qui représente un ratio d'indépendance financière de 74 % pour un objectif inférieur à 50 %, et un encours de la dette sur les produits d'activité de 44,5 % pour un objectif inférieur à 30 %.

Ces éléments traduisent l'incapacité de l'établissement à désensibiliser sa dette dite « toxique », sans la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de fonds de soutien auquel le CHUSE pourrait prétendre, donc ciblé pour les établissements dont les produits de fonctionnement sont supérieurs à 200 M€.

J'appelle de mes vœux que cette possibilité soit étudiée, sans quoi la sécurisation de notre dette structurée sera strictement impossible.

RÉPONSE DU COMMISSAIRE GÉNÉRAL À L'INVESTISSEMENT

Le Commissariat général à l'investissement (CGI) est essentiellement cité dans la partie relative à la procédure de sélection des projets qui sollicitent une aide nationale. Le seuil interministériel de contre-expertise indépendante assurée par le CGI est actuellement établi à 100 millions d'euros de financement en provenance de l'État, de ses établissements publics, des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire.

Vous proposez d'abaisser ce seuil pour les hôpitaux à 70 millions d'euros. Ceci peut être fait sans bouleversement du décret puisque le CGI

est en mesure d'accepter de réaliser des contre-expertises indépendantes même quand le seuil de 100 millions n'est pas atteint. Il a d'ailleurs déjà accepté de piloter une telle contre-expertise pour quelques projets hospitaliers comme pour un réseau de chaleur et de froid alimenté par géothermie sur le plateau de Saclay.

Les seuls obstacles éventuels à cette disposition résident dans la charge de travail du programme chargé de piloter les contre-expertises et dans la capacité à mobiliser des contre-experts compétents et disponibles. La mise en place de la recommandation n° 5 de l'Inspection générale des finances de rémunérer les contre-experts y compris dans le domaine de la santé est de nature à lever cet obstacle.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE PAR INTÉRIM DU CENTRE HOSPITALIER DE BONIFACIO

Le Centre Hospitalier de Bonifacio a bénéficié en 2016 d'une aide de 5 500 000 euros dans le cadre de la campagne de désensibilisation des emprunts toxiques.

Le Centre Hospitalier de Bonifacio avait contracté un prêt toxique dit HELVETIX « 6F ». À cet effet il est rentré dans le dispositif de refinancement de ce prêt toxique via le fonds de soutien en fonction du montant de l'Indemnité de Remboursement Anticipé (IRA). Ce fonds a permis le refinancement du prêt 6F par deux nouveaux prêts « sécurisés » à taux fixe

Ce prêt HELVETIX avait asphyxié le Centre Hospitalier de Bonifacio par un taux variable vertigineux dont les échéances ne pouvaient plus être honorées. Cette campagne de désensibilisation a été bénéfique pour l'établissement qui ne pouvait plus investir. En 2015 l'établissement a été en Insuffisance d'Autofinancement (IAF).

L'insertion est tout à fait pertinente à la lumière du poids de la dette des hôpitaux. Par ailleurs des hôpitaux n'ont bénéficiés que partiellement de ce dispositif. Face à cette période de ralentissement des investissements il paraît nécessaire d'apporter un regard vigilant pour ne pas que les établissements de santé s'endettent massivement dans des projets d'investissements insoutenables à terme. Il est important que les établissements de santé s'engagent dans des Projets Pluriannuels

d'Investissements (PPI) soucieux du poids de l'endettement et rigoureux pour éviter des dérapages.

Les outils de gestion financière (calcul du retour sur investissement, calcul médico-économique, contrôle de gestion) et de comptabilité analytique doivent servir à maîtriser les dépenses mais d'autant plus à adopter une stratégie d'investissement pertinente.

Les recommandations apportées dans l'insertion sont tout à fait pertinentes notamment la proposition 4 relative à la présentation d'un rapport annuel en Conseil de Surveillance. La transparence et le dialogue de gestion favorisant largement la maîtrise de la situation de la dette et sa stratégie de gestion.
