



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **décembre 2021**

---

**L'endettement des établissements  
publics de santé et le cas du Groupe  
Hospitalier Seclin Carvin**

---

**Laurent CURTI**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mon mémoire, qui m'ont aidé lors de la recherche et de la rédaction.

J'adresse mes remerciements à ma directrice de mémoire Mme ORHAN Xénia, dont les conseils précieux m'ont permis d'apprendre et d'avancer dans la création du mémoire, notamment par une relecture attentive et des propositions de plan bienvenues.

Je remercie aussi l'équipe de direction du Groupe Hospitalier Seclin Carvin, particulièrement la Directrice Générale et maître de stage Mme DELMOTTE Sophie, le directeur des finances et son adjoint MM. NOUAOUI Mohammed et DELVOYE Icham.

Je souhaite également adresser mes remerciements aux personnes qui ont pris sur leur temps pour m'accorder un entretien.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui m'ont conseillé et relu lors de la rédaction de ce mémoire de recherche : ma famille, ma compagne Mme FRANCOIS Soizic.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
1 Le système de financement actuel des EPS ne leur permet pas d'investir suffisamment	7
1.1 Le forfait associé à un Groupe Homogène de Séjour ne permet pas de dégager une marge suffisante .....	7
1.2 La structure de l'ONDAM n'est pas favorable aux établissements de santé .....	13
1.3 Les aides de l'Etat sont trop fluctuantes .....	18
2 Le manque de marge a entraîné une hausse de l'endettement des EPS .....	23
2.1 La marge est de plus en plus difficile à trouver.....	23
2.2 Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont eu un impact négatif sur l'endettement des EPS.....	28
2.3 Les EPS rencontrent désormais des difficultés pour continuer l'investissement par emprunt .....	33
3 Les perspectives à long terme permettent d'espérer une meilleure situation financière des EPS, qui ont déjà mis en œuvre des solutions à court terme.....	37
3.1 La politique monétaire actuelle est favorable aux EPS .....	37
3.2 L'aide à l'investissement et la réforme du financement.....	42
3.3 Les alternatives à l'emprunt.....	45
Conclusion .....	50
Bibliographie .....	51
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AC : Aide à la contractualisation	ETP : Équivalent Temps Plein
ACPR : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	FAU : Forfait Accueil Urgences
APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille	FIR : Fond d'Intervention Régional
APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris	FMESPP : Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés
ARS : Agence Régional de Santé	GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
BCE : Banque Centrale Européenne	GHM : Groupe Homogène de Malades
BEI : Banque Européenne d'Investissement	GHS : Groupe Homogène de Séjours
CAF : Capacité d'autofinancement	GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
CBSM : Consommation de soins et de biens médicaux	GVT : Glissement Vieillesse Technicité
CDC : Caisse des Dépôts et Consignations	HCL : Hospices Civils de Lyon
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé	HPST (loi) : Hôpital Patient Santé Territoire
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
DASRI : Déchets associés aux soins à risques infectieux	IGF : Inspection Générale des Finances
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins	LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
DMS : Durée Moyenne de Séjour	MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques	MIG : Mission d'intérêt général
ENC : Étude nationale de coûts	RH : Ressources Humaines
ENCC : Étude nationale de coûts à méthodologie commune	ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et Dépenses	PAI : Plan d'Aide à l'Investissement
EPS : Établissement public de santé	PRS : Projet régional de santé
	PGFP : Plan global de financement pluriannuel
	ROI : Retour sur investissement
	SAU : service d'accueil des urgences
	SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
	T2A : Tarification à l'Activité
	USLD : Unité de Soins Longue Durée



## Introduction

Un établissement public de santé (EPS) est défini légalement, comme une personne morale de droit public<sup>1</sup>. En cela, elle obéit aux règles de finances publiques. Ses ressources sont aussi précisées<sup>2</sup> et comprennent les « produits de l'activité hospitalière », les « subventions et autres concours financiers de l'Etat et collectivités territoriales » et les « emprunts et avances ».

L'endettement se définit comme une « obligation qu'un débiteur est tenu d'exécuter envers son créancier (personne ou organisme), en particulier somme d'argent qu'il est tenu de lui payer »<sup>3</sup>. Dans le cas des EPS, cette définition inclut les refacturations entre EPS, les commandes de fournisseurs non réglées. Il existe aussi une interrogation concernant les garanties hors bilan, qui ne constituent pas une obligation tant que l'appel en garantie n'est pas effectué mais qui peuvent rentrer dans le bilan. L'analyse effectuée par ce mémoire s'attachera à n'inclure que les dettes à long terme inscrites au bilan comptable ainsi que les charges financières qui s'y rattachent. Toutes les dettes des EPS dont le paiement se rattache au cycle d'exploitation ne seront pas prises en compte.

L'analyse se fera sur les activités Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) des EPS puisqu'elles concentrent les investissements les plus importants en termes de montants et de technicité. Le focus sur les activités MCO permet aussi de conserver une homogénéité d'analyse dans les modalités de financement puisque les activités de Soins de Suite Rééducation (SSR) et médico-sociales ne concernent pas tous les EPS de façon équivalente.

Les ressources des EPS sont essentiellement issues des produits de l'activité hospitalière, appelés aussi couramment Tarification à l'Activité (T2A), qui est en fait le paiement forfaitaire d'un séjour effectué par un patient en fonction de la pathologie et de sa gravité. Ces ressources sont complétées par des dotations pour les missions de service public incombant aux EPS et naturellement déficitaires ou dont le paiement au séjour est impossible (MIG) ou encore par des aides visant à la réalisation du schéma régional de soins (AC)<sup>4</sup>. Ces ressources sont dynamiques puisqu'issues de l'activité et ce constat amène les EPS à performer chaque année afin de

---

<sup>1</sup> Article L6141-1 du Code de Santé Publique

<sup>2</sup> Article L6141-2 du Code de Santé Publique

<sup>3</sup> Dictionnaire Larousse

<sup>4</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac>

conserver un niveau de ressources capables de couvrir les dépenses. En effet, la masse salariale d'un EPS, estimée en moyenne à 60 et 85% des dépenses<sup>5</sup>, est très rigide puisque ses ressources humaines sont majoritairement des fonctionnaires. Ainsi, les EPS ont des coûts certains pour une activité incertaine ; de cela résulte la course à l'activité pour équilibrer la structure financière voire pour dégager une marge (et non un bénéfice, terme non applicable aux EPS définis légalement comme établissements publics administratifs).

Cette volonté d'activité des EPS les a amenés à être en concurrence entre eux et contre les autres établissements de santé privés (financés selon les mêmes modalités) afin de conquérir des « parts de marché », c'est-à-dire afin de capter le maximum de patients dans leur structure. Les ressources engendrées par la T2A remontent in fine aux comptes de la Sécurité Sociale et particulièrement l'Assurance Maladie. Or, cette dernière est encadrée par un objectif de dépenses (ONDAM)<sup>6</sup> qui ne peut être dépassé. En cas de dépassement probable, un mécanisme de réserve est mis en œuvre avec pour conséquence de ne pas payer entièrement aux établissements de santé les sommes auxquelles le niveau d'activité donne droit.

Néanmoins, l'évolution du financement des EPS semble assouplir les contraintes de la T2A qui oblige ces derniers à inclure tous leurs coûts de soins d'un séjour effectué par un patient au sein d'un forfait défini par avance. Le projet de loi issu du rapport Aubert « Ma Santé 2022 »<sup>7</sup> prévoit d'augmenter les alternatives à la T2A, notamment des financements forfaitaires, liés à des indicateurs de qualité ou de pertinence des soins. A terme, ce mécanisme de tarification ne constituerait plus que 50%, en moyenne, du financement des EPS.

Enfin, la vision financière d'ensemble des établissements publics de santé mérite une attention soutenue. Environ 40% des EPS<sup>8</sup> répondent aux critères du décret de 2011<sup>9</sup> permettant à l'ARS de limiter leur recours à l'emprunt via une autorisation préalable d'emprunter. C'est cette même autorité qui valide le budget des hôpitaux, dit aussi Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses

---

<sup>5</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/ressources-humaines/masse-salariale>

<sup>6</sup><https://www.securite-sociale.fr/home/la-secu-en-detail/gestion-pilotage-et-performance/lobjectif-national-des-depens-1.html>

<sup>7</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>

<sup>8</sup> BREDIN F., LEOST H., GRAS O., PILVEN A., MEUNIER A., REMAY F., 2020, Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

<sup>9</sup> Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

(EPRD). L'attention particulière portée à l'emprunt via une nécessaire autorisation de l'ARS pour les établissements publics de santé les plus en difficulté démontre à quel point la question de l'endettement des EPS est majeure. Ce constat est renforcé aussi par la référence constante à la dette dans les ratios mentionnés par le décret de 2011, seule norme qui permet à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de prendre une décision intervenant dans les actes de gestion d'un EPS.

Cette intervention de l'autorité de régulation dans le mécanisme d'endettement en cas de situation financière dégradée indique bien que le niveau de dette d'un établissement, présage aussi de son futur. Puisque l'endettement doit d'abord servir à investir, il est nécessaire qu'il soit à un niveau soutenable pour permettre de faire de nouveaux investissements, et donc de nouveaux emprunts.

En effet, la dette, par les charges de remboursement en capital et intérêts qu'elle induit, entraîne une dégradation de la marge nette de l'hôpital, elle-même issue de la marge brute (obtenue par le résultat et la production). De fait, l'endettement a pour effet de faire supporter l'investissement par le cycle d'exploitation donc avec un effet différé et avec une majoration liée aux intérêts perçus par le prêteur. En cela, l'endettement, puisqu'il se convertit en charges annuelles futures (appelées aussi « service de la dette ») sur la durée des emprunts contractés, peut aussi hypothéquer le futur d'un hôpital dont la marge pourrait être entièrement absorbée par le service de la dette.

Ainsi, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF), dans un rapport conjoint de 2013<sup>10</sup>, estimaient que le niveau de marge brute nécessaire à la pérennité d'un établissement se situe autour de 8% des produits afin de couvrir le service de la dette (estimé à 4%) et l'autofinancement (estimé aussi à 4%). Une marge brute de 8% permettrait donc une Capacité d'Autofinancement (CAF) nette de 4%, suffisante à financer les investissements courants. « Cette hypothèse prend pour axiome un service de la dette à 4%, niveau de la moyenne calculée des intérêts payés par les EPS. « Cet axiome était donc basé sur un constat de moyenne ».<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Dr. ABALLEA P., BANQUY D., COLLETTE P., LEGRAND P., PAINAULT P., VANNESTE A., Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

<sup>11</sup> Entretien le mardi 24 novembre 2020 avec M. Y, conseiller référendaire à la Cour des Comptes et auteur du rapport 2018 de la Cour des Comptes sur l'endettement des hôpitaux



Néanmoins, si cet axiome peut être contesté pour des raisons méthodologiques (moyenne plutôt que médiane, manque de précision sur une éventuelle pondération des taux au regard de l'encours de dette de chaque établissement), il pourrait aujourd'hui être invalidé par le taux d'intérêt désormais servi par les établissements de crédit. En effet, la baisse des taux d'intérêts, liée à la politique d'assouplissement quantitatif et de liquidité de la Banque Centrale Européenne (BCE), doit permettre de baisser le taux des futurs emprunts.

Ainsi, nous avons vu que les modalités de financement des EPS évoluent, tandis que le constat de leur fort endettement est partagé et que les conditions d'emprunt permises par les marchés financiers sont favorables ; il nous reste désormais à vérifier ces hypothèses.

## Quelles sont les perspectives pour l'endettement des établissements publics de santé ?

Dans un premier temps, seront étudiées les évolutions en cours sur le financement des établissements publics de santé et leur application concrète (I), puis nous analyserons les causes du fort endettement constaté des établissements (II), enfin nous verrons quelles solutions s'offrent aux établissements pour continuer à investir (III).

# **1 Le système de financement actuel des EPS ne leur permet pas d'investir suffisamment**

## **1.1 Le forfait associé à un Groupe Homogène de Séjour ne permet pas de dégager une marge suffisante**

### 1- Le calcul des forfaits comporte des biais importants

A chaque séjour effectué par un patient dans un EPS est associée une rémunération forfaitaire qui est considérée comme suffisante pour couvrir les coûts associés à la prise en charge du patient. Cette rémunération dépend de la pathologie du patient, considérée comme facteur principal de coûts. Les pathologies similaires sont regroupées au sein de Groupes Homogènes de Malades (GHM) dont la correspondance est faite avec des forfaits via des Groupes Homogènes de Séjours (GHS). Des diagnostics associés et des critères de gravité permettent d'ajuster le forfait à la hausse ou à la baisse tandis que les traitements particulièrement onéreux sont remboursés à part (liste en sus<sup>12</sup>). De fait, le raisonnement est qu'une même pathologie doit être traitée de la même manière dans tous les hôpitaux et donc que le coût associé à sa prise en charge est alors le même. Cette analyse comporte plusieurs biais.

Tout d'abord, la médecine est aussi un art et non seulement une science. En cela, il existe plusieurs façons de soigner une pathologie, dépendant aussi bien du praticien que des caractéristiques du patient. A titre d'exemple, pour une même pathologie, un patient peut supporter l'administration de médicaments génériques et l'autre non, avec des coûts de prise en charge médicamenteuse différents. Quant au praticien, la préférence de tel ou tel instrument pour un chirurgien peut amener un surplus de coûts dans le biomédical. Ce surplus peut être dilué pour des pathologies communes souvent traitées dans les EPS ; mais il peut s'avérer important unitairement pour des pathologies peu communes avec une instrumentation particulière. Ainsi calculer un coût pour un traitement associé à une pathologie indique qu'il existe théoriquement une seule façon de traiter efficacement cette pathologie.

Par suite, l'homogénéisation progressive des pratiques implique de considérer le médecin nécessaire dans sa dimension de pose de diagnostic, puisqu'une fois la pathologie identifiée, un protocole de soins y est associé indiquant les actes médicaux, infirmiers et techniques prévus dont le coût est intégré dans le forfait GHS (P-H Bréchat, P Batifoulier, D Castel, 2017). La

---

<sup>12</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/>

place à l'innovation locale demeure ainsi faible puisque ne pouvant être intégrée au forfait déterminé nationalement. Cette médecine de protocole est aussi inadaptée pour traiter les affections longue durée ; or ces dernières constituent environ 60% des dépenses d'Assurance Maladie. (P-H Bréchat, P Batifoulier, D Castel, 2017)

Par ailleurs, puisque les coûts impliqués par le soin d'une pathologie donnée peuvent être discutés justement par la diversité des médecins et de leur méthode de soins, la définition *a priori* d'un coût englobant le traitement d'une pathologie est impossible. De fait, a été mise en place l'Étude nationale des coûts (ENC) remplacée par l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) qui permet d'analyser les coûts moyens complets dans le traitement de telle ou telle pathologie pour les établissements (publics et privés confondus) volontaires et suffisamment fiables pour participer à l'étude. Les forfaits résultant de cette étude, dits « tarifs » en langage T2A, sont donc le résultat d'un calcul de moyennes.

Ce calcul comporte trois difficultés :

- Le premier est que l'étude étant basée sur des établissements fiables, elle repose donc sur des établissements dont la structure est mature et dont le coût de prise en charge est déjà optimisé (J-C Moisdon, 2017 et Roland Cash, 2021)
- Le deuxième implique la faculté de calculer un coût complet au regard des différences méthodologiques (clés de répartition) pour intégrer le coût des fonctions support (J-C Moisdon, 2017)
- Le troisième provient des facteurs explicatifs du coût de traitement d'une pathologie puisque 43% provient des caractéristiques individuelles des patients qu'il est impossible d'intégrer dans un forfait générique (C Milcent, 2017).

Les biais sont donc un manque de diversité des établissements utilisés pour calculer les coûts tandis que le calcul de coûts complets amène une part discrétionnaire (le choix des clés de répartition). C'est ainsi que pour 61% des tarifs, la différence entre les tarifs et les « tarifs issus des coûts »<sup>13</sup> est supérieure à 5% (Roland Cash, 2021). En effet, depuis 2011, les tarifs ne sont plus calculés au regard des coûts complets mais sont ajustés chaque année (arrêté ministériel en mars) en tenant compte de la hiérarchie des coûts, c'est-à-dire que les forfaits des GHS sont déterminés les uns relativement aux autres en fonction des coûts de traitement des pathologies

---

<sup>13</sup> <https://www.atih.sante.fr/methode-alternative-la-comparaison-des-couts-et-des-tarifs-campagne-tarifaire-2019>

et des actes associés (effectuer une fibroscopie est moins coûteux que poser une prothèse de hanche).

Bien sûr, les tarifs sont aussi une contrainte créée pour forcer les établissements à devenir efficient en fixant des tarifs qui couvrent les coûts d'une pathologie si l'établissement est efficace (F Evain, E Yilmaz, 2012).

A cela se rajoute la volonté pour le Gouvernement d'inciter les établissements à privilégier des modes de prise en charge ou le traitement de pathologies particulières qui peuvent amener à majorer le forfait de certains GHS. Par exemple, le traitement des cancers, la chirurgie ambulatoire et la chirurgie orthopédique sont fortement encouragés avec des forfaits avantageux.

2- Les établissements sont amenés à choisir leurs activités pour préserver leur rentabilité. Cet environnement tarifaire implique pour les établissements de santé de choisir des activités qui leur permettront de dégager une marge importante, voire des bénéfiques pour les établissements privés à but lucratif (P-H Bréchat, P Batifoulier, D Castel, 2017). Il leur importe donc de sélectionner des activités dont la tarification est intéressante et ensuite de la développer au détriment des autres établissements.

En effet, dans une logique d'enveloppe fermée comme l'est l'ONDAM (voir chapitre suivant) et avec un nombre déterminé de patients souffrant de la pathologie, toute augmentation de l'activité pour un établissement de santé se traduit par une diminution pour un autre. C'est cette logique de « part de marché » que contestait Agnès Buzyn<sup>14</sup>, alors Ministre de la Santé. Il va de même pour le recrutement des praticiens nécessaires au développement de l'activité puisque le *numerus clausus* amène à ce que le nombre de spécialistes soit limité.

L'exemple du Groupe Hospitalier Seclin Carvin, sur l'analyse de l'activité et des parts de marché, est développé en annexe 1.

Néanmoins, la possibilité de choisir les activités les plus rentables est limitée pour les EPS. Deux raisons expliquent cela :

- L'obligation de service public qui les obligent à diversifier leurs activités afin de répondre le plus largement possible au besoin de santé de la population
- La limitation des rémunérations des praticiens

---

<sup>14</sup> Le Point, 14 février 2018, « Buzyn pointe une "crise de sens" à l'hôpital du fait de la "course à l'activité" »

Des travaux analysent ainsi que les EPS sont moins productifs que les établissements de santé privé avec trois facteurs d'explications qui rejoignent ces deux raisons :

- Caractéristiques des patients
- EPS surdimensionnés
- Caractéristiques de la production de soins (F Evain, E Yilmaz, 2012).

La première raison empêche la spécialisation dans un domaine d'activité qui permet de choisir une activité « rentable » par les tarifs mais aussi parce que le traitement d'un panel limité de pathologies permet d'optimiser les structures avec du personnel qualifié, des procédures connues et une logistique centrée sur un domaine (médicaments, consommables).

La deuxième est liée à la rigidité administrative concernant les rémunérations des agents, fixée par une grille au regard de leur grade et échelon. Il existe plusieurs grades<sup>15</sup> pour les médecins exerçant dans les EPS, pour lesquels une rémunération est fixée, qui est très peu attractive au regard des salaires proposés par les établissements de santé privé. Les EPS doivent donc, soit ignorer la loi pour rester compétitif quant aux ressources médicales, soit compromettre la permanence des soins dont ils sont les garants, y compris au regard de la loi. La T2A oblige donc les établissements de santé à rester attractif, à la fois pour les médecins mais aussi pour les patients.

Un EPS doit répondre au projet régional de santé, à un environnement d'offre de soins déterminé et à un volume de demande de soins déterminé de façon exogène (le nombre de personnes malades ne dépend pas de l'établissement) que ne peut compenser le marketing (les personnes ne souhaitent pas souffrir de pathologies).

Néanmoins, les difficultés rencontrées par les EPS sont à nuancer. Elles dépendent aussi de leur situation géographique (diagonale du vide et désert médical vs métropoles) et de leur statut (CHU vs CH). D'ailleurs, les EPS possèdent un avantage comparatif important face aux établissements privés : l'accueil d'étudiants en médecine en deuxième ou troisième cycle. Il faut aussi souligner que la mise en place de la T2A a permis aux EPS de regagner des parts de marché sur les établissements de santé privés.

### 3- Les solutions à apporter aux problèmes créés par les tarifs

Les solutions à apporter le sont à deux échelles : nationale et celle d'un établissement.

Au niveau national, si la T2A a été accompagnée de financements *ad hoc* supplémentaires (liste en sus, suppléments pour soins intensifs, MIGAC, etc.) pour certaines activités, son application stricte ne permet pas de donner de souplesse aux établissements, et donc aux praticiens, dans les techniques de soins mises en œuvre. En effet, l'édiction d'un forfait unique pour le traitement d'une pathologie conduit à l'homogénéisation du soin. Un financement à la qualité

---

<sup>15</sup> Attachés, assistants des hôpitaux, praticiens hospitaliers,

en analysant l'amélioration de l'état de santé du patient semble plus pertinent tandis que l'analyse de la mortalité et du taux de réadmission permettent de contrôler l'efficacité à long terme du service médical rendu.

Le nouveau mode de financement des urgences, avec l'octroi d'une dotation au regard de l'état de santé de la population, permet aussi une plus grande souplesse dans l'organisation des établissements qui seront alors jugés aux résultats obtenus au regard de la typologie de la population à soigner. Néanmoins, l'avantage du financement en T2A est d'obtenir une connaissance très fine de l'état de santé de la population puisqu'il oblige au remplissage du PMSI. Généraliser le financement à la dotation populationnelle aurait un effet désincitatif sur le personnel médical pour remplir correctement et exhaustivement le PMSI ; alors même qu'aujourd'hui, malgré l'importance financière que cela revêt, le remplissage n'est pas toujours fait parfaitement.

Au niveau local, le déploiement des moyens pour le traitement des pathologies ne peut se faire au regard des tarifs pour deux raisons : certaines pathologies sont mal tarifées et le soin de bonne qualité requiert une activité déficitaire ; les priorités gouvernementales qui dictent la majoration ou la minoration de certains tarifs peuvent changer.

Les EPS doivent plutôt cibler une souplesse d'organisation à même de répondre à des besoins différents à des périodes différentes. La gradation des soins doit aussi trouver sa place. Concrètement, dans les EPS de petite taille, les services de médecine polyvalente doivent être préservés pour permettre une facilité d'hospitalisation en premier recours pour des pathologies sans grande gravité.

La spécialisation peut intervenir pour les EPS de grande taille avec des volumes d'hospitalisation importants pour chaque spécialité. Ce maillage territorial est encouragé avec l'intégration de plus en plus forte au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) tandis que la spécialisation de plus en plus forte de la médecine avec des technologies très avancées amène à ce que les EPS de petite taille ou taille moyenne ne puissent plus désormais être polyvalents en conservant une qualité de soins équivalentes aux grands centres.

Le temps est à la création de parcours de soins coordonnés avec la médecine de ville mais aussi entre hôpitaux avec des adressages intra-GHT en fonction de la gravité des pathologies. La

coordination entre établissements publics et privés n'est pas taboue tandis que l'exercice partagé privé/public pour les médecins permet de pallier le manque d'attractivité des rémunérations des EPS. C'est ainsi que le Groupe Hospitalier Seclin Carvin a permis à un groupe de cliniques privées d'ouvrir une unité de dialyse dans ses murs en échange d'une rémunération pour cette mise à disposition de locaux. Les médecins du Groupe Hospitalier ont désormais la possibilité de contacter les néphrologues sur place pour des avis médicaux.

Nous reviendrons sur la collaboration avec la médecine de ville dans le chapitre suivant.

## **1.2 La structure de l'ONDAM n'est pas favorable aux établissements de santé**

1- L'ONDAM fait peser la régulation des surcoûts de la médecine de ville sur les établissements de santé

L'ONDAM est un objectif chiffré des dépenses issue de la consommation des biens et soins médicaux (CBSM) fixé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. C'est-à-dire que le législateur fixe par avance les dépenses couvertes par la solidarité nationale pour pourvoir aux soins des pathologies dont sont affectées les citoyens. Évidemment, étant donné l'imprévisibilité de ces dépenses, l'objectif devient finalement une contrainte puisqu'il oblige les professionnels de santé à soigner dans une certaine limite de dépenses et la simple fixation d'un objectif le rend dès lors atteignable puisque les professionnels de santé sont tenus de s'y soumettre ; plus ou moins fortement selon leur statut d'ailleurs.

En effet, cet objectif est divisé en sous-objectifs dont les deux plus importants sont ceux fixés respectivement pour les établissements de santé et pour la médecine de ville. Ainsi, les ressources des forfaits de la T2A sont issues de l'enveloppe fixée par le sous-objectif pour les établissements de santé. Chaque sous-objectif est fixé, néanmoins le respect des sous-objectifs n'est pas impératif, et seul compte le respect de l'ONDAM global.

Or, ces dernières années, le sous-objectif pour la médecine de ville a systématiquement été dépassé alors que la liberté de prescription et le paiement à la consultation des professionnels de santé exerçant en ville ne permettent pas à l'Assurance Maladie de contrôler la dépense. Cette dernière reporte donc les économies sur ce qui est normalement dû en forfaits aux établissements de santé au regard de leur activité ; c'est la mise en réserve. Cette volonté d'économie s'est aussi traduite par une baisse des tarifs (-5% entre 2009 et 2016) alors que l'activité de l'hôpital a augmenté (+16% entre 2009 et 2016)<sup>16</sup>.

Néanmoins l'ONDAM a le mérite de poser, en creux, la question du prix à payer pour bénéficier de soins en France. Les ressources de l'Assurance Maladie étant issues des prélèvements obligatoires pesant sur les acteurs économiques et notamment le citoyen, il est nécessaire de lui assurer des soins d'une qualité donnée pour un niveau de contribution acceptée (au moins par les représentants des citoyens : le Parlement) via le consentement à l'impôt. Entre 1997 et 2019,

---

<sup>16</sup> Viepublique.fr



l'ONDAM est passé de 90 à 200 milliards d'euros<sup>17</sup>, démontrant l'effort financier mis en œuvre pour assurer des soins à la population puisque la part de PIB dévolue au CSBM est passée de 6 à 8,6% sur la même période<sup>18</sup>.

Par ailleurs, la contrainte de mise en réserve pesant sur les établissements ne leur permet pas d'utiliser l'augmentation d'activité comme moyen de contourner le défi d'efficience posé par la T2A. En effet, à niveau de coût donné et fixé pour un temps long (lié au statut de fonctionnaire de la plupart des salariés des établissements), les établissements ont préféré augmenter l'activité et les recettes (J-C Moisdon, 2017). En cela, les établissements ont eux-mêmes contribué à aspirer l'activité normalement dévolue à la médecine de ville ; les urgences constituant une filière facile de « recrutement » des patients.

Enfin, il pourrait être objecté que certaines dépenses affectées à la médecine de ville sont en réalité issues des établissements de santé<sup>19</sup>. Le cas typique étant la prescription par un praticien hospitalier d'exams ou de médicaments à réaliser en ville lors d'une consultation aux urgences à l'issue de laquelle le patient sort de l'établissement

Ainsi, si les établissements ont apporté une réponse d'activité à l'épreuve de la T2A, la structure de l'ONDAM, notamment par le mécanisme de mise en réserve, ne leur permet pas de continuer sur cette voie. La nécessité est de continuer d'augmenter l'efficience et notamment de diminuer les coûts à niveau de prestation donnée ; la question étant de savoir quels gains d'efficience restent à réaliser.

## 2- L'ONDAM et la réforme du financement incitent les établissements de santé à travailler avec la médecine de ville

En caricaturant, les établissements de santé paient les dépassements de la médecine de ville puisque la rémunération de leur activité est amputée pour permettre celle de l'activité de la médecine de ville. Cet état de fait devrait inciter les établissements à collaborer plus étroitement avec la médecine de ville mais la désertification médicale amène à ce que certains établissements de santé soient le seul recours de soins sur leur territoire. De fait, certains

---

<sup>17</sup> DEROCHE Catherine, SAVARY R.-P., 2019, rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

<sup>18</sup> Calcul de l'auteur sur la base des données de la Banque mondiale sur le montant du PIB français

<sup>19</sup> Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)

établissements subissent la mise en réserve de l'Assurance Maladie, l'afflux de patients dans leurs services d'urgences (+30% en 10 ans au niveau national<sup>20</sup>) et l'inflation des salaires pour attirer les praticiens.

Concernant la collaboration avec la médecine de ville, la DGOS a mis en place, dès 2019, une expérimentation sur un paiement à l'épisode de soins impliquant établissements de santé et médecine de ville ; ce qui pourrait diminuer la concurrence pour l'activité<sup>21</sup>. Cette modalité de financement avait été recommandé notamment par le Sénat<sup>22</sup> et la littérature scientifique (J-C Moison, 2017).

Ce paiement à l'épisode oblige à la coordination entre les différents professionnels de santé en rémunérant forfaitairement toutes les consultations et soins effectués en vue de traiter une pathologie précise, quels que soient les dispensateurs de ces soins et consultations. Les acteurs doivent donc s'entendre pour organiser un parcours de soins afin de traiter efficacement les pathologies concernées par l'épisode de soins et s'efforcer de garder leurs coûts inférieurs au forfait alloué.

La logique mise en œuvre pour l'épisode de soins est la même que pour la T2A, à savoir la rémunération forfaitaire d'une pathologie identifiée. Elle s'étend désormais à des parcours de soins coordonnés entre médecine de ville et établissements de santé. Néanmoins, les modalités de financement resteront, actuellement, identiques en cela que les praticiens seront rémunérés séparément pour un épisode de soins identifié. De fait, la division entre sous-objectifs n'est pas remise en cause. A terme, il serait plus pertinent de créer une enveloppe dédiée aux épisodes de soins et de procéder au paiement d'un acteur unique qui effectuerait ensuite la redistribution sur la base d'une convention. Les pathologies dont les pouvoirs publics encouragent le dépistage et le traitement seraient inclus dans cette enveloppe non limitée en dépenses.

De même, le paiement à la dotation populationnelle, qui interviendra à partir de 2022, permet de baisser la pression sur les établissements pour qu'ils réalisent le nombre de passages nécessaires à leur Forfait Accueil Urgences (FAU). En effet, le financement des urgences contient une part forfaitaire attribuée aux établissements en fonction du nombre de patients

---

<sup>20</sup> Cour des Comptes, Rapport annuel 2018

<sup>21</sup> Article 51 de la LFSS pour 2018

<sup>22</sup> DEROCHE Catherine, SAVARY R.-P., 2019, rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

accueillis dans leur Service d'Accueil des Urgences (SAU) avec des seuils. Ce mode de financement n'incite donc pas les établissements à trouver des modalités de renvoi des patients vers la médecine de ville ou alors en effectuant des manipulations administratives pour compter tout patient renvoyé en médecine de ville comme un passage (avec nécessité pour un médecin de vérifier que le patient peut être renvoyé, ce qui prend du temps médical). Le financement à la dotation au regard de l'état de santé de la population sera plus incitatif pour les établissements dans leur collaboration avec la médecine de ville puisque le nombre de passages aux SAU sera sans impact.

L'évolution réglementaire permet aussi l'organisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), regroupement « d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé »<sup>23</sup>. Ces CPTS ne constituent pas une catégorie juridiquement définie, simplement un « label » donnée par l'ARS qui permet d'indiquer que les acteurs de soins ainsi regroupés concourent à la réalisation du Projet Régional de Santé (PRS). La non-définition d'une personnalité morale pour la CPTS peut s'avérer autant un frein puisqu'elle ne permet pas de prendre des décisions à valeur juridique en tant que CPTS reconnue par l'ARS (recrutement, contrat de coordination, paiement et encaissement de prestations, etc.) mais permet une souplesse dans le choix de la personnalité morale adéquate en fonction des acteurs présents (GIE, GCS, association loi 1901, etc.).

### 3- Les pistes pour travailler avec la médecine de ville : le cas du Groupe Hospitalier Seclin Carvin

Le Groupe Hospitalier a ouvert deux centres de vaccination dès le début de la campagne de vaccination en collaboration avec les mairies et la médecine de ville.

À Carvin la médecine de ville était représentée par une CPTS, dont la vaccination a encouragé la création alors qu'elle était encore en gestation. Cette responsabilisation de la CPTS, sollicitée par le Groupe Hospitalier mais aussi l'ARS, lui permet d'éprouver des capacités d'organisation concrètes et de la positionner comme un partenaire à long terme. Au regard du partenariat noué durant la mise en place de la vaccination, et dont le champ va s'étendre avec la reprise des activités de soins classiques, la crise sanitaire actuelle constitue un champ d'opportunités important.

---

<sup>23</sup> Article L1434-12 du Code de la Santé Publique

Par ailleurs, si la collaboration avec la médecine de ville permettrait de réduire la pression sur les établissements de santé et diminuerait leur position centrale dans la prise en charge des patients, il est aussi nécessaire de continuer à faire bénéficier de l'expertise hospitalière sur l'ensemble du territoire.

Les établissements de santé sont les seuls à pouvoir regrouper l'ensemble des spécialités médicales (fonction de leur taille) et c'est cette palette de compétences qui permet de prendre en charge les pathologies lourdes avec efficacité. Cela peut passer par la mise en place de consultations avancées de spécialistes mais aussi la création d'un réseau d'adressage sur le territoire et la définition de parcours de soins coordonnés. La mise en place d'outils informatiques régionaux auxquels serait rattachée la médecine de ville pourrait aussi permettre de créer un dossier patient unique et éviter la rupture de prise en charge.

Enfin, pour que les SAU des établissements de santé puissent effectivement rediriger les patients souffrant d'une pathologie bénigne vers la médecine de ville, il est indispensable de les dispenser de l'avance des frais, sinon l'aspect financier pourrait amener les patients à ne pas vouloir être redirigés en ville. Ce constat est partagé par le chef des urgences du Groupe Hospitalier Seclin Carvin et le médecin coordinateur de la maison médicale de garde. La mise en place du tiers payant généralisé serait alors bienvenue pour ne pas dissuader les patients à consulter en ville alors que les publics précaires socialement sont surreprésentés dans les venues aux urgences.

Cette redirection des patients vers la médecine de ville permettrait de diminuer l'affluence aux urgences. Cette diminution pourrait soit améliorer les conditions de travail des personnels des SAU et améliorer l'attractivité de ce type de service, soit adapter les ressources RH aux activités.

Ainsi, si la structure de l'ONDAM est aujourd'hui pénalisante pour les établissements de santé, les réformes actuelles permettent de se coordonner avec la médecine de ville sans perte financière. Au-delà de l'amélioration du rendu au patient, elles contribuent à changer la vision d'hospitalocentrisme, encore attribuée à notre système de santé. La reprise de marge de manœuvre financière dans les EPS passe aussi par un report de charges vers la médecine de ville.

### **1.3 Les aides de l'Etat sont trop fluctuantes**

#### 1- Le FIR permet de réaliser la planification régionale

Parmi les investissements effectués par les établissements de santé, il n'est pas rare de constater une aide de l'Etat via une subvention ARS. Les projets immobiliers ont une place particulière puisque leur durée d'amortissement, de rentabilité voire d'emprunt nécessaire à leur réalisation, est particulièrement élevée ; de l'ordre de 25 à 50 ans.

Cet état de fait a pour effet un manque de visibilité pour l'établissement quant à la rentabilisation de la structure puisqu'il ne peut être prévu ni les techniques de soins mises en œuvre dans 50 ans, ni les modalités de financement de ces soins. Les projets immobiliers sont aussi très coûteux et requièrent une expertise particulière, amenant les établissements à déléguer la maîtrise d'œuvre et les études préalables. C'est pourquoi l'intervention financière de l'Etat est souvent sollicitée. La rénovation du CHU de Tours, le regroupement des sites du CHU de Rennes, la recréation d'un hôpital au centre hospitalier de Lens, sont autant de programmes pour lesquels l'Etat a accordé une subvention, plus ou moins importante en pourcentage des sommes investies.

Ces aides sont souvent conditionnées à des restructurations de l'offre de soins liées aux objectifs définis dans le projet régional de santé. En effet, chaque établissement de santé est indépendant, en raison d'une personnalité juridique et d'une indépendance du directeur de l'établissement (consacrée pour les EPS depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009).

Dans ce contexte, l'adhésion au projet régional de santé (PRS), et surtout aux conséquences qu'il implique, n'est pas obligatoire pour un établissement de santé. L'ARS peut amener les établissements à suivre le projet régional de santé via des moyens indirects : autorisations, subventions sous conditions, avis sur le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et EPRD pour les EPS. Ces moyens sont synthétisés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre l'établissement de santé et l'ARS. Le CPOM, dont les modalités ont été revues en 2020, vise à recenser les activités de l'établissement, les financements possibles de ces activités, et à les mettre en cohérence avec le projet régional de santé.

La possibilité pour plusieurs établissements de signer un même CPOM permet de contourner l'impossibilité de signer un CPOM avec un GHT en raison de son manque de personnalité

juridique et aussi à l'impossibilité pour l'établissement support d'engager les autres établissements quant à leurs activités et financements.

Pour bénéficier de subventions, les EPS doivent appuyer leurs projets sur des objectifs du PRS. Ces derniers étant parfois très vagues, il est possible de leur rattacher divers investissements ; charge ensuite à l'ARS d'investiguer (si elle en a le temps et les moyens) sur la réalisation concrète de tel ou tel objectif au travers des investissements.

La communication obligatoire du PGFP à l'ARS permet aussi à cette dernière d'identifier les investissements prévus, mais parfois non effectués puisque l'évolution de la situation financière d'un EPS peut amener ce dernier à les reporter. A cet égard, le PGFP est autant un programme de financement pluriannuel qu'une déclaration d'intentions puisqu'il se base sur des hypothèses parfois très optimistes.

Les aides de l'Etat sont donc un moyen, parmi d'autres, d'assurer la cohérence de l'offre de soins aux différentes échelles (territoire de démocratie sanitaire, département, région voire national). Cette analyse implique alors que les aides envers un établissement peuvent durer simplement le temps que les objectifs du PRS soient mis en œuvre ; ce d'autant que les ressources permettant ces subventions proviennent de la même enveloppe que celles permettant de rémunérer les établissements de santé : l'ONDAM.

En effet, les subventions envers les établissements de santé, via le Fonds d'Intervention Régional, sont considérées comme un sous-objectif de l'ONDAM. De fait, toute augmentation du Fond d'Intervention Régionale (FIR) entraîne une diminution des autres sous-objectifs à ONDAM constant. Or, la récente augmentation des tarifs décidée par le Gouvernement ne s'accompagne pas d'une hausse de l'ONDAM suffisante pour financer toute l'activité facturable des établissements sans mise en réserve, puisque la hausse de l'ONDAM doit surtout servir à compenser les surcoûts liés à la lutte contre la Covid 19 et aux mesures du Ségur de la Santé. Il y aura donc une augmentation de la part du sous-objectif « établissements de santé » au détriment d'un autre sous-objectif comme celui du FIR.

## 2- Les établissements doivent vérifier la soutenabilité des investissements subventionnés en cas d'arrêt de subventions

L'utilisation du FIR ou d'autres types d'aides doit permettre de financer des projets pour lesquels l'activité projetée est égale ou proche de celle actuellement constatée, l'impact sur le cycle d'exploitation est positif même en hypothèse basse (exemple : projet immobilier avec meilleure isolation thermique ou amélioration des flux de DASRI donc avec un gain en titre 3 par baisse des facture de chauffage ou en titre 1 par baisse des Equivalents Temps Plein (ETP) nécessaires au ramassage des DASRI) et les charges financières ne dégradent pas trop la CAF.

Ces projets sont typiquement des projets immobiliers ou informatiques pour lesquels un calcul de retour investissement (ROI) ne validerait pas leur mise en œuvre mais qui sont nécessaires, tant pour la meilleure organisation et qualité des soins que d'un point de vue écologique (meilleure efficacité énergétique). En effet, les investissements de structure sont rarement rentables à court terme tandis que le long terme amplifie l'incertitude du retour sur investissement.

Or, ils permettent de réduire le coût de la maintenance informatique ou bâtementaire et contribuent à la transition écologique. Dans ce cas, l'aide permet d'investir lorsque le montant est si élevé qu'un emprunt du même montant obérerait la capacité d'investissement courant de l'établissement en consommant toute la CAF en charges financières, laissant la CAF nette à portion congrue. Ainsi, lorsque l'investissement requiert un capital important mais qu'il n'amènerait aucune charge d'exploitation supplémentaire, une subvention ponctuelle est pertinente<sup>24</sup>.

Ainsi, les subventions versées par l'ARS seront d'abord un outil destiné à transformer l'offre de soins conformément à la planification décidée au niveau régional. Elles servent aussi à aider les établissements à investir mais ne doivent pas inciter à effectuer des investissements qui créeraient des charges pérennes pour lesquelles aucun produit ne serait certain. En effet, leur nature politique, liée à la politique de santé mises en œuvre, ne permet pas de compter sur un niveau de subventions équivalent ultérieurement.

---

<sup>24</sup> DEROCHE Catherine, SAVARY R.-P., 2019, rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

### 3- Cas du Groupe Hospitalier Seclin Carvin

Nous analyserons l'année 2019 puisque l'année 2020 étant celle de l'arrivée de la Covid 19, son analyse serait biaisée alors que les EPS ont arrêté leur activité programmée (sauf urgences) pour se consacrer à la gestion de crise sanitaire.

En 2019, le Groupe Hospitalier a bénéficié de 116 millions d'euros de produits d'exploitation et a reçu une subvention d'exploitation de 5 millions d'euros afin de l'aider à conserver un résultat équilibré. Il termine l'année 2019 avec un résultat de -300 000 euros, soit 0,2% des produits. La subvention est donc nécessaire pour le Groupe Hospitalier pour ne pas avoir un cycle d'exploitation déficitaire, première condition pour investir. De fait, si cette subvention est fléchée vers l'exploitation, cette dernière a un impact sur l'investissement puisque c'est la marge dégagée par le cycle d'exploitation qui permet ensuite d'alimenter l'investissement (via la CAF). Nous reviendrons sur ce mécanisme au prochain chapitre.

Néanmoins, le montant de la subvention est faible comparé au total des produits puisqu'elle en représente seulement 4%, ce qui permet au Groupe Hospitalier de ne pas être trop dépendant de cette subvention dans sa structure financière. De l'autre côté, l'analyse du bilan montre une diminution des subventions d'investissement de 300 000 euros, soit le montant du déficit du Groupe Hospitalier.

L'analyse des bilans 2018 et 2019 montre qu'aucun investissement important n'a été entrepris puisque les immobilisations corporelles en brut n'ont augmenté que de 1 million d'euros. Dans le même temps, l'encours de la dette a diminué d'environ 4 millions d'euros. Nous pouvons donc constater que la subvention au cycle d'exploitation de 5 millions a permis le désendettement du Groupe Hospitalier pour 4 millions et d'aider à l'investissement courant pour 1 million.

L'équilibre financier précaire du Groupe Hospitalier l'a incité à ne pas investir de façon trop importante et d'accorder la priorité à l'assainissement de la structure financière. Ainsi, si les aides de l'ARS ne sont pas indispensables au fonctionnement du Groupe Hospitalier, elles lui permettent d'améliorer sa situation. C'est dans cette optique que doivent être utilisées les subventions ; non comme une aide permanente à un EPS qui serait structurellement déficitaire et dont la question du maintien de son activité se poserait. Elles doivent permettre d'aider ponctuellement les EPS à investir ou à redresser leur situation.



En résumé, les EPS subissent plusieurs contraintes avec le mode de financement actuel. Tout d'abord, les biais des tarifs de la T2A obligent à une concurrence entre établissements (tous statuts confondus) afin de conserver des activités rentables. De plus, l'ONDAM et son mode de régulation, notamment la mise en réserve, ne permet pas aux EPS de répondre au défi d'efficience de la T2A par l'augmentation d'activité. Enfin, les aides de l'Etat, distribuées par les ARS, étant sujettes aux objectifs de la planification régionale et du cycle électoral, leur pérennité n'est pas assurée. L'ensemble de ces éléments amène les EPS à intensifier leur partenariat avec la médecine de ville qui n'est pas affectée par les contraintes de financement décrites ci-dessus. Néanmoins, la réforme du mode de financement, avec notamment une dotation populationnelle, diminue la pression de l'activité pour les EPS.

## **2 Le manque de marge a entraîné une hausse de l'endettement des EPS**

### **2.1 La marge est de plus en plus difficile à trouver**

Comme nous l'avons constaté précédemment, la mise en place de la T2A a modifié la stratégie des établissements de santé qui doivent désormais faire rentrer la totalité des coûts de prise en charge d'une pathologie dans le forfait dévolu à cette pathologie. Au-delà de la couverture des charges induites par la prise en charge de la pathologie, il est aussi nécessaire de dégager un bénéfice afin d'alimenter la capacité d'autofinancement et de continuer à investir.

1- La structure d'un établissement ne lui permet pas toujours de conserver sa marge  
La recherche d'une marge par l'établissement peut se faire au moyen de deux méthodes :

- Augmenter les recettes à coût constant
- Diminuer les dépenses à recette donc activité constante.

Or, la structure de coût d'un établissement ne permet jamais d'épouser totalement une des deux méthodes. En effet, la majorité des coûts d'un établissement est constituée par son personnel (60 à 85%), souvent titulaire de la fonction publique hospitalière, avec pour conséquence des avancements automatiques d'échelon donc des augmentations mécaniques de traitements à payer : le glissement vieillesse-technicité (GVT).

En miroir, les départs en retraite d'agents, remplacés par des agents plus jeunes donc moins rémunérés, permettent de diminuer le montant des traitements : effet noria. Ce coût est répertorié au Titre 1 de l'EPRD.

L'établissement doit ensuite anticiper l'évolution du GVT et de l'effet noria pour analyser si le coût en ressources humaines (RH) va augmenter ou diminuer à effectif constant. Sans changer le volume d'effectif l'évolution des charges de personnel paraît souvent inexorable puisque lié au statut ou au contrat défini. Il s'agit alors d'anticiper les coûts et de comparer cette anticipation avec le réalisé pour s'ajuster. Devant l'inéluctabilité de cette progression, les établissements cherchent des marges de progression dans les organisations via des baisses d'effectif à activité constante ou une recherche d'amélioration de l'activité (afin d'obtenir plus de séjours et donc de forfaits à facturer à l'Assurance Maladie) pour financer les surcoûts anticipés.

A l'évolution mécanique de la masse salariale s'ajoute une évolution liée au contexte réglementaire et aux difficultés de recrutement du personnel médical. En effet, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) indique en 2018 : « une diminution de la densité médicale en France dans les prochaines années sous hypothèses de comportements et de législation constants. Cette baisse est plus forte si l'on considère la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population »<sup>25</sup>.

Cette diminution du nombre de praticiens amène les établissements de santé à rémunérer de façon importante les spécialités en forte tension : anesthésiste-réanimateur, radiologue, cardiologue, urgentiste, psychiatre<sup>26</sup>. Cette tension sur ces métiers a pour conséquence une concurrence entre établissements pour recruter en proposant des rémunérations importantes. Le phénomène d'intérim est aussi à noter avec des rémunérations importantes, particulièrement lors de certaines périodes (garde à Noël ou le 15 août).

Ces deux phénomènes font que la masse salariale d'un établissement est aussi sujette à l'aléa de la démographie médicale, dont les facteurs sont autant exogènes (situation géographique et économique du lieu d'implantation de l'établissement) qu'endogènes (qualité de vie au travail, plateau technique).

De fait, un EPS doit prendre en compte les ressources médicales disponibles dans sa stratégie d'activité, notamment en jugeant de la pertinence de conserver telle ou telle spécialité au regard à la fois des ressources médicales disponibles, de l'offre de soins sur le territoire et de la demande de soins. Cette logique très pragmatique est néanmoins en balance avec l'obligation de permanence des soins (en lien avec l'accessibilité) pour les EPS.

Dans cette optique, le taux d'occupation obtenu en croisant plusieurs données, semble intéressant puisque révélateur de l'activité du service au regard de son potentiel. Un faible taux d'occupation peut amener soit à effectuer un travail marketing pour augmenter le nombre de séjours (labels, collaboration avec la médecine de Ville, communication institutionnelle) soit à diminuer le nombre de lits et revoir la maquette de fonctionnement pour économiser des ETP

---

<sup>25</sup> DRESS, 2021, Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?

<sup>26</sup> Agence Régionale de Santé Île-de-France, 2018, Commission Régionale Paritaire Ile-de-France avec attractivité médicale et intérim inscrits à l'ordre du jour

(avec des effets de seuil). La nécessité de permanence des soins empêche néanmoins d'adapter complètement la dimension des services à l'activité anticipée, même en période estivale dans les centres hospitaliers situés en régions peu touristiques. En effet, les EPS doivent être capables d'absorber des pics d'activité pendant cette période, pour des événements sportifs ou locaux ou des jours fériés.

Comme l'indique la Cour des Comptes<sup>27</sup>, « l'hôpital étant un lieu de coûts fixes, il est possible que davantage de restructurations soient à rechercher en mutualisant (dans le cadre des GHT) et en accentuant le virage ambulatoire : celui-ci impliquerait sans doute des fermetures de lits d'hospitalisation à temps complet, pour autant que les besoins sanitaires puissent rester satisfaits ». Le détail réside dans la nécessité de satisfaire les besoins sanitaires, ce que la crise sanitaire a mis en exergue.

## 2- L'optimisation de la structure est déjà aboutie pour certains établissements

La crise sanitaire a démontré que la logique d'optimisation des maquettes de fonctionnement peut avoir des limites. La prise en compte de plus en plus importante de la qualité des soins dans le paiement par l'Assurance Maladie des séjours effectués permettrait d'insister sur la plus-value de l'établissement dans le traitement d'une pathologie ; ce alors qu'il existe des sorties trop précoces de patients (afin d'augmenter l'activité et le nombre de séjours facturés) qui amènent à une prise en charge de ces mêmes patients quelques jours ou semaines plus tard (ce qui vaut alors double facturation et un bénéfice pour l'établissement pour une mauvaise qualité de prise en charge).

Si les coûts RH ont été retracés plus haut, les solutions qui permettent de les diminuer ne sont valables que momentanément puisque rattrapées par les hausses liées à la structure de l'établissement.

Les autres coûts sont constitués des titres 2 et 3. Le titre 2 retrace les charges à caractère médical, c'est-à-dire ce qui permet de fournir des soins, cœur de métier et de l'activité de l'établissement, tandis que le titre 3 intègre les charges à caractère hôtelier et général soit les fonctions supports et l'hôtellerie (restauration, blanchisserie, matériel d'agrément) qui permet l'hospitalisation des patients. L'évolution de ces charges est plus fluctuante et liée à l'activité

---

<sup>27</sup> Entretien avec M. Y, conseiller référendaire à la Cour des Comptes et auteur du rapport 2018 de la Cour des Comptes sur l'endettement des hôpitaux

de l'établissement. Concernant ces titres, l'augmentation de la marge passe nécessairement par une optimisation des achats afin d'augmenter le gain marginal du supplément d'activité.

Ces derniers font partie des fonctions mutualisées au sein des GHT depuis 2016 et la réglementation en vigueur amène à ce que pour un besoin, les établissements parties doivent passer un marché public commun, dont la procédure est déterminée par la somme des besoins de chaque établissement (détermination du seuil). Cela entraîne de facto un regroupement des contrats à terme puisque pour chaque marché public antérieur à 2016 et ne concernant qu'un établissement, ce dernier devra ensuite passer par un marché public commun pour couvrir son besoin.

Concernant cette mutualisation des achats, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) identifie trois leviers potentiels de gains :

- Massifier des contrats (regrouper et renégocier)
- Optimiser les produits et services achetés
- Optimiser les processus achats et logistiques. La massification représenterait 30% des gains réalisés<sup>28</sup>.

De 2016, année de mise en place des GHT, à aujourd'hui, la fonction achats a pu gagner en fluidité et en volume au fur et à mesure des fins de marché des établissements. À terme, l'ensemble des marchés auront été mutualisés, ce qui permettra alors de réaliser certains des gains anticipés par la DGOS.

Néanmoins, la mise en place de GHT souffre aussi de certains défauts qui freinent l'accomplissement de la vision initiale de la DGOS, notamment la compilation des besoins qui amène à ce que, pour certains GHT, les seuils d'appel d'offre soient systématiquement dépassés. Cette systématisation des appels d'offre entraîne un manque de souplesse dans la négociation avec des opérateurs ou décourage des acteurs économiques locaux au profit d'acteurs économiques nationaux plus importants. Ces derniers ayant conscience de leur oligopole, les gains achats liés à l'effet prix peuvent être minimes.

---

<sup>28</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins, Méthodologie d'élaboration d'un Plan d'Actions Achat de Territoire (PAAT), Kit de déploiement

Ainsi, la recherche de marges, via l'optimisation des dépenses réalisées dans les trois différents titres, est de plus en plus difficile à trouver, soit parce que les structures sont proches de l'optimum, donc avec un titre 1 incompressible, soit parce que les gains réalisables sur les titres 2 et 3 diminuent au fur et à mesure qu'ils sont réalisés, soit parce que le contexte structurel diminue le potentiel de gains.

### 3- L'évolution législative récente ne plaide pas pour une meilleure marge

La mise en place du Ségur de la Santé s'est traduite par un effort financier important envers les personnels médicaux et paramédicaux avec des revalorisations de leurs grilles indiciaires<sup>29</sup>. Au-delà d'une hypothétique augmentation de l'attractivité des EPS avec ces revalorisations, se dessine la certitude d'une augmentation des charges RH. Si elle est compensée la première année, il n'est pas certain qu'elle le soit annuellement.

De fait, les EPS vont se trouver comptable des promesses gouvernementales, alors même que les coûts de structure sont, nous l'avons vu, ce qui est le plus handicapant pour les EPS. L'augmentation des tarifs, affichée comme devant permettre d'absorber les surcoûts issus du Ségur, vont désormais intégrer certains médicaments qui faisaient partie auparavant de la liste en sus. La hausse des tarifs existe mais n'est pas aussi conséquente, en net, que les annonces ministérielles laissaient indiquer.

De plus, les réformes des études pour les étudiants de médecine de troisième cycle diminuent aussi les possibilités d'utilisation de ces étudiants, pourtant indispensables en pratique dans la permanence des soins. Si la volonté d'amélioration de la qualité de vie au travail de cette catégorie de personnel est louable, les EPS doivent être laissés en autonomie puisqu'ils sont les premiers responsables de leur réputation auprès des étudiants en médecine, donc de leur venue.

---

<sup>29</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

## 2.2 Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont eu un impact négatif sur l'endettement des EPS

### 1- Volonté gouvernementale d'investir massivement dans le secteur sanitaire

Le rapport sur la reprise de la dette des hôpitaux rendu par l'IGAS et l'IGF en décembre 2019 indiquait un triplement de l'endettement des établissements de santé à la suite de la mise en œuvre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. En effet, la plupart des investissements réalisés avec ces plans l'ont été via emprunt. Ces emprunts ont été encouragés par la période économique faste et un ONDAM peu contraignant.

La pertinence de ces investissements est aussi en question comme l'indique l'IGAS en 2013 : « la dérive des situations catastrophiques a souvent pour cause la fuite en avant que constitue l'hypothèse de récupération des parts de marché qui ne se réalise pas et qui engendre malgré tout des dépenses de fonctionnement ». La même analyse est portée par la Cour des Comptes sur « le manque de vision stratégique »<sup>30</sup>. La critique de « hôpital-entreprise » trouve ici tout son sens puisque la volonté d'investir pour se développer et récupérer des parts de marché est typique d'une entreprise.

Pour le plan Hôpital 2012, la volonté était de réaliser des opérations importantes dans le domaine immobilier et celui des systèmes d'information, identifiés comme vieillissants<sup>31</sup>. Il prévoyait d'investir 10 milliards d'euros sur 5 ans mais la moitié a été effectivement débloquée dont 3,8 milliards sous la forme d'une aide en fonctionnement couvrant le coût du recours à l'emprunt<sup>32</sup> et 15% seulement ont concerné les systèmes d'information, aujourd'hui sujet majeur de préoccupation alors que le nombre de cyberattaques contre les EPS augmente<sup>33</sup>. Pour continuer dans l'état des lieux, 42% des EPS sont aujourd'hui en situation de surendettement au regard des critères du décret 2011. Ces EPS représentent 77% de l'encours total de la dette de l'ensemble des EPS.

---

<sup>30</sup> Dr. ABALLEA P., BANQUY D., COLLETTE P., LEGRAND P., PAINAULT P., VANNESTE A., Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

<sup>31</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_de\\_presse\\_100210-Hopital2012.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_100210-Hopital2012.pdf)

<sup>32</sup> Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur le Plan Hôpital 2012 destiné à moderniser l'hôpital et améliorer la qualité du service rendu aux patients, Paris le 10 février 2010

<sup>33</sup> <https://www.franceinter.fr/societe/pourquoi-des-cyberattaques-ciblent-elles-les-hopitaux> ; <https://www.ouest-france.fr/economie/cyberattaques-pourquoi-les-hopitaux-sont-ils-vises-7156970>

Le plan Hôpital 2012 a néanmoins intégré la notion de performance économique (F Evain, E Yilmaz, 2012) qui est sous-jacente au principe de la T2A. En cela, le plan d'investissement est cohérent avec la logique de financement mise en œuvre, ce qui permet de connecter le cycle d'exploitation au cycle d'investissement.

Si la mise en œuvre des deux plans a permis une augmentation importante de l'effort d'investissement (ratio dépenses d'investissement/recettes), avec un point culminant à 11% en 2009, le ratio a connu une baisse continue jusqu'à moins de 6% en 2017. Comme l'explique le rapport du Sénat de 2019 sur l'ONDAM, « cette courbe est le miroir inversé, sur la période, du taux d'endettement des établissements, qu'ils soient publics comme privés »<sup>34</sup>. Comme l'explique l'IGAS en 2012 dans un rapport<sup>35</sup>, « avec Hôpital 2007, puis Hôpital 2012, le Gouvernement a privilégié une logique de financement des investissements fondés sur des plans spécifiques mais aussi le recours à des AC ou au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). L'impact de ces opérations nous amène à considérer que « l'exceptionnel (les plans) a pris le pas sur le principe (les tarifs) ».

De fait, les plans exceptionnels ont vidé de sa substance la logique de financement des EPS qui était basé sur un forfait au séjour comprenant une part pour l'investissement. Était-ce à dire que l'Etat reconnaissait en creux l'inaptitude des tarifs à financer l'investissement, comme nous avons pu l'analyser avant ?

## 2- Effet des emprunts toxiques

Dans ce contexte, certains établissements ont voulu diminuer les charges financières à capital de dette équivalent en contractualisant avec les établissements de crédit sur des produits dérivés, c'est-à-dire des prêts dont le taux d'intérêt est indexé sur un taux ou sur le prix d'un autre produit appelé sous-jacent (prix du blé, franc suisse, livret d'épargne). Si certains produits dérivés sont jugés peu risqués car indexés sur des taux institutionnels (livret d'épargne, taux de refinancement de la banque centrale), d'autres sont liés à de forts aléas économiques (prix d'une matière première, taux de change, swap). Lors de la crise économique puis des dettes souveraines, les taux indexés à de forts aléas économiques ont augmenté de façon importante

---

<sup>34</sup> DEROCHE Catherine, SAVARY R.-P., 2019, rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

<sup>35</sup> BRUANT-BISSON A., CASTEL P., PLANEL M.- P., 2012, Inspection générale des affaires sociales, Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé



et ont contribué à alourdir les charges financières des établissements. Les produits dérivés dont les taux d'intérêts ont fortement augmenté lors de la crise ont été qualifiés d'emprunts toxiques. C'est ce terme qui sera utilisé pour indiquer les prêts dont les taux d'intérêts posent un problème aux EPS aujourd'hui.

A la suite de la crise économique et de la découverte des emprunts toxiques, M. Gissler, inspecteur à l'IGF, a rendu un rapport qui a permis la création d'une charte dite Gissler<sup>36</sup>. Cette dernière permet aujourd'hui de guider les établissements dans leur choix du risque à prendre lors de la négociation d'un emprunt auprès d'un établissement de crédit. Le régulateur des établissements de crédit, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), s'appuie d'ailleurs sur la charte pour déterminer le niveau de risque d'un prêt octroyé à un EPS, et donc le niveau de provision à effectuer sur cette créance. L'utilisation de cette charte par le régulateur sensibilise donc aussi les établissements de crédit à utiliser les prêts structurés qu'avec parcimonie.

En 2016, les emprunts toxiques représentaient 4,6 milliards d'euros dont 900 millions hors chartes Gissler (niveau de risque maximal). Ces 4,6 milliards représentent un peu plus de 10% de l'encours total de dette des EPS. Le fonds d'aides aux EPS, passé de 100 à 300 millions, vise à les aider à rembourser les emprunts en payant les intérêts de remboursement anticipé. La comparaison du fonds d'aides au regard du montant total des emprunts toxiques indique le chemin à parcourir seul pour les EPS avant d'avoir résolu le problème. La faiblesse du fonds d'aides s'explique aussi par les exigences du droit européen (f. C) 1- de la partie actuelle).

Dans le même mouvement de création de la charte, un décret, publié en 2011, oblige les EPS à obtenir l'accord de l'ARS pour emprunter lorsque certains indicateurs financiers mettent en lumière une situation financière dégradée. Si ce décret remet en cause l'esprit de la loi Hôpital Patient Santé Territoire<sup>37</sup> (HPST) de 2009 remplaçant le chef d'établissement au centre des décisions, il crée aussi un verrou permettant à l'Etat d'endiguer une course à l'endettement qui devrait être finalement remboursé par l'Etat pour assurer la continuité du service public hospitalier.

---

<sup>36</sup> Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales

<sup>37</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Les emprunts toxiques rendent les investissements qu'ils ont permis d'autant moins rentables que les intérêts générés sont importants. Ils ont donc modifié le retour sur investissements au regard des intérêts qui seront réellement dus. A cet égard, ils ont modifié la vision *a posteriori* sur la pertinence des investissements réalisés et donc diminué la marge naturellement créée par la plus-value issue d'investissements rentables.

### 3- L'état d'endettement des EPS est préoccupant et crée un cercle vicieux

Les rapports de la Cour des Comptes d'une part, de l'IGF/IGAS de l'autre, constatent un endettement des EPS très important d'une façon globale<sup>38</sup>.

En 2018, 35% d'entre eux avaient une insuffisance d'autofinancement nette (dont 15% en brut). Le premier constat est que les charges d'intérêts font basculer 20% des établissements d'une situation de CAF brute positive à une insuffisance d'autofinancement, démontrant la forte contrainte financière qu'engendre un endettement excessif pour une partie non négligeable des établissements. Ce constat a aussi été dressé par la DREES en 2018 qui pointait le problème des intérêts financiers malgré la baisse des investissements hospitaliers.

Devant ce constat alarmant, des solutions sont envisagées et en cours de mise en œuvre (Cf. partie 3). Il reste que cet état d'endettement, dont le mécanisme a été décrit ci-dessus, pose la question de la pérennité des EPS dans le contexte de financement actuel et surtout de la pertinence de leur endettement.

Est-il la cause d'investissements nécessaires pour des besoins de santé, ce qui revient à notre première partie sur les tarifs et leur construction ?

Est-il la cause d'une phase d'investissements dont la pertinence n'a pas toujours été parfaitement calculée, ce qui revient à notre analyse sur les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ?

La nécessité de maîtriser les comptes publics et le cycle électoral<sup>39</sup> font que tout plan d'investissement massif est suivi d'une diminution des crédits.

---

<sup>38</sup> BREDIN F., LEOST H., GRAS O., PILVEN A., MEUNIER A., REMAY F., 2020, Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise ; Cour des Comptes, rapport annuel 2018, La dette des hôpitaux: des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir

<sup>39</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, avis du 24 mai 2018

Au-delà de se révéler être le symptôme, voire le résultat, soit de modalités de financement biaisées, soit de choix d'investissements parfois hasardeux, l'endettement est aussi une cause d'une mauvaise structure financière. En effet, les intérêts de la dette sont payés lors du cycle d'exploitation, obérant donc la marge brute et le résultat, apport naturel de la CAF. Dans le cas où, cette dernière est insuffisante pour rembourser le capital de la dette, l'EPS se trouve alors dans un cercle vicieux où il doit emprunter pour rembourser le capital de la dette.

Dans ce cadre dégradé, les établissements ont aujourd'hui une capacité d'autofinancement, c'est-à-dire d'investir sans emprunt, très limitée. Cet état de fait peut poser un problème pour effectuer les investissements courants, pour lesquels l'IGAS estimait qu'une CAF de 3% était nécessaire. Puisque la contraction d'emprunt amène à diminuer la CAF nette, le niveau de CAF brute doit être rehaussé au même niveau que l'impact de la dette afin de conserver une CAF suffisante pour mettre en place les investissements courants.

Pour un établissement fortement endetté, le pilotage des investissements est effectué en tenant compte des faibles marges de manœuvre de l'établissement, donc avec une forte sélectivité. En ce sens, les investissements sont décidés soit en raison d'une absolue nécessité, soit au regard d'un retour sur investissement important.

Néanmoins, cette vision est nuancée étant donné la complexité de qualifier une absolue nécessité puisqu'elle peut concerner la qualité des soins mais aussi la logistique ou construction des bâtiments ; or il est toujours possible de reporter des échéances et de s'habituer à un fonctionnement dégradé. De même, le calcul de retour sur investissement ne résiste pas toujours à l'épreuve du réel puisqu'il se base sur des coûts complets et une comptabilité analytique avec des clés de répartition discrétionnaires.

## **2.3 Les EPS rencontrent désormais des difficultés pour continuer l'investissement par emprunt**

1- L'emprunt constitue la majorité du financement des investissements des EPS

Le financement externe (donc hors autofinancement) des investissements des EPS est pourvu à 80% par les établissements de crédit. Leur rôle est donc primordial et l'accès au crédit est la première condition d'investissements importants. Ainsi, en 2019, 1,3 milliards de prêts ont été octroyés aux établissements publics de santé, dont la moitié par La Banque Postale, possédée indirectement par l'Etat via la Caisse des Dépôts (CDC) <sup>40</sup>.

Malgré cet accès au crédit avec l'aide d'une entreprise publique, lors de l'octroi d'un prêt à un EPS, un établissement de crédit analyse d'abord le risque de défaut que représente la contrepartie, c'est-à-dire le risque de ne pas rembourser que la personne, à laquelle est octroyée le prêt, représente. Pour effectuer une telle analyse, les bilans financiers et comptables sont étudiés.

Un EPS fortement endetté, avec un cycle d'exploitation et une CAF obérée respectivement par le remboursement des intérêts et du capital, représente un risque de défaut important. Le statut d'établissement public assurant un service public essentiel à la population, bénéficiant à ce titre de la garantie implicite de l'Etat, est sans importance pour les établissements de crédit. Cet état de fait amène à ce que l'octroi de prêt aux EPS ne se base que sur des éléments quantitatifs objectifs.

En ce sens, les établissements de crédit sont en cohérence avec le droit européen qui les définit comme un prestataire de service soumis à la concurrence, en l'occurrence celle des établissements de santé privé<sup>41</sup>. L'extension du Service Public Hospitalier à ces derniers confirme qu'aucune différence ne peut être faite entre public et privé quant à leur participation aux soins pour éviter la distorsion de concurrence (d'où un financement équivalent par l'Assurance Maladie via la T2A). Puisqu'un EPS est un prestataire de service soumis à la concurrence, les établissements de crédit n'accordent pas d'importance au statut public, puisque toute aide de l'Etat envers les EPS est soumise à la réglementation des aides d'Etat<sup>42</sup>, comme

---

<sup>40</sup> Entretien avec Mme B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local

<sup>41</sup> CJUE, 1998, Kohll et Decker et CJUE, 2001, Smits et Peerbooms

<sup>42</sup>[https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/daj/publications/vademecum\\_aides\\_etat-2016/pdf-vade-mecum-aides-etat/Fiche-1.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/publications/vademecum_aides_etat-2016/pdf-vade-mecum-aides-etat/Fiche-1.pdf)

l'indique le rapport IGF/IGAS de 2019<sup>43</sup>. Il peut y être fait exception lorsque l'Etat compense financièrement des obligations de service public<sup>44</sup> (ex : SAU).

Puisque le droit européen considère les EPS comme soumis à de la concurrence, ils deviennent moins indispensables puisque des acteurs privés peuvent rendre le même service. Les établissements de crédit peuvent alors considérer que l'Etat ne sera peut-être pas obligé de sauver un EPS en difficulté financière, d'où le manque d'assurance d'une garantie implicite de l'Etat et un traitement de dossier envers les EPS équivalent à celui d'une entreprise. Or, les EPS étant en difficulté financière, le taux d'intérêt proposé, fonction du risque qu'ils représentent est aussi plus élevé.

## 2- L'endettement des EPS influe sur les conditions des nouveaux prêts

Ainsi, les 1,3 milliards d'euros de prêts accordés aux établissements publics de santé en 2019 l'ont été avec un taux moyen de 1,47% quand, sur la même période le taux d'intérêt des obligations assimilables du trésor (OAT) sur 10 ans de l'Etat français étaient à -0,21%. Les OAT étant considérées comme le taux d'intérêt sans risque, les banques ont techniquement pris une marge de risque de 168 points (1,47+ 0,21). Néanmoins en considérant que les banques se refinancent auprès de la BCE pour 0% (taux de refinancement), nous pouvons considérer qu'elles ont pris une marge de 147 points. Il est aussi évident que les crédits octroyés aux établissements publics de santé l'étant souvent sur 15-20 ans (et non sur 10 ans comme les OAT), le taux d'intérêt pratiqué sera forcément plus élevé (fonction de la longueur du prêt), néanmoins, la marge persiste au regard de l'aplatissement de la courbe des taux voulu par la BCE.

Cette marge prise au regard des OAT est d'autant plus préoccupante pour les EPS que la réglementation bancaire traite les créances hospitalières comme un risque souverain<sup>45</sup>. Cela signifie que les prêts accordés aux EPS n'obligent pas les établissements de crédit à provisionner des liquidités, tandis que chaque prêt accordé à une entreprise oblige une provision.

---

<sup>43</sup> BREDIN F., LEOST H., GRAS O., PILVEN A., MEUNIER A., REMAY F., 2020, Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

<sup>44</sup> CJUE, 2003, Altmark

<sup>45</sup> Entretien avec Mme C, travaillant à la direction des marchés de l'économie publique de la Société Générale et Entretien avec Mme B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local de La Banque Postale

Le statut d'établissement public des EPS permet aux établissements de crédit de conserver une rentabilité supérieure à une entreprise toutes choses étant égales par ailleurs (taille du bilan, risque équivalent, etc.). Cet avantage comparatif n'amène pourtant pas les établissements à se précipiter sur l'octroi de prêt aux EPS, cela étant dû à la mauvaise structure financière des EPS, comme nous l'avons démontré dans la partie 2.

De fait, les EPS possèdent un avantage comparatif par rapport aux autres types d'établissements de santé qu'ils ne parviennent pas à exploiter en raison d'une situation financière dégradée. Ce constat démontre le cercle vicieux dans lequel les établissements se sont engagés.

### 3- La relance de l'investissement devient néanmoins un enjeu pour les EPS

La mise en place de la certification des comptes a conduit les EPS à entamer une révision importante de leur fiabilité comptable et leur a permis de connaître plus précisément leur patrimoine. Cette connaissance a permis notamment d'intégrer comptablement des éléments patrimoniaux (immobiliers notamment), avec pour conséquence une augmentation comptable du taux de vétusté des équipements et immeubles. Ils ont alors fait apparaître un besoin d'investissement au regard du taux affiché.

Bien sûr, la décision d'investissement s'apprécie *in concreto* au regard des besoins remontés par les différents services (soins, techniques, restauration, logistique, etc.) mais le taux de vétusté est important pour apprécier les demandes au regard de l'état du matériel, afin de diminuer l'asymétrie d'information.

Le rapport sur la reprise de la dette indique ainsi que depuis 2015, le seuil d'investissement des EPS est de moins de 3%, seuil de renouvellement des équipements, ce qui a pour effet une augmentation du taux de vétusté (à l'exception des CHU qui profitent de l'effet dilution grâce au nombre important des plateaux techniques)<sup>46</sup>.

Des investissements sont encore nécessaires pour permettre la modernisation des EPS. La préoccupation écologique amène à augmenter l'efficacité énergétique des bâtiments, vecteurs aussi d'économies tandis que le passage au numérique doit être accentué. Le faible pourcentage

---

<sup>46</sup> BREDIN F., LEOST H., GRAS O., PILVEN A., MEUNIER A., REMAY F., 2020, Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

d'investissements dans les systèmes d'information doit être pallié, au regard du développement de la recherche par la construction de base de données et au regard aussi du développement de l'intelligence artificielle.

La crise sanitaire de 2020-2021 a aussi fait apparaître un besoin en investissement dans les EPS alors que les capacités hospitalières sont arrivées rapidement à saturation lors de la première vague. Les nouveaux investissements doivent porter sur la capacité d'adaptabilité des EPS afin d'être capables de monter en charge rapidement lors d'une situation sanitaire exceptionnelle. Ces investissements sont surtout immobiliers afin de créer des espaces modulables pour répondre à l'évolution des besoins (augmentation de la taille d'un plateau technique, ouverture ou fermeture de lits, déplacement de services).

En résumé, la situation financière, et notamment d'endettement des EPS, est préoccupante pour plusieurs raisons. Premièrement, la logique de la T2A oblige les EPS à dégager une marge qui est de plus en plus difficile puisque leur structure est déjà optimale ou en raison de l'évolution législative rajoutant des charges (ex : la revalorisation salarial issue du Ségur de la Santé). Deuxièmement, les EPS sont comptables des investissements massifs, majoritairement réalisés avec des emprunts, parfois toxiques, mis en place avec les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Ces deux plans ont contribué à augmenter de façon très significatives la dette des EPS. Troisièmement, la situation financière dégradée de la majorité des EPS créé un cercle vicieux, notamment avec des conditions d'emprunt moins favorables que ce permettrait le statut d'EPS, tandis que la relance des investissements devient désormais un enjeu important au regard du taux de vétusté inscrit au bilan des EPS.

### **3 Les perspectives à long terme permettent d'espérer une meilleure situation financière des EPS, qui ont déjà mis en œuvre des solutions à court terme**

#### **3.1 La politique monétaire actuelle est favorable aux EPS**

- 1- L'abaissement du taux d'intérêt permet de financer des investissements à coûts moindres

Le taux d'intérêt pratiqué par les établissements de crédit est conditionné par le taux de refinancement pratiqué par la Banque centrale envers ces établissements. En effet, le taux de refinancement étant celui que les établissements doivent payer à la Banque centrale en échange de liquidité, les taux d'intérêts qu'ils proposent à leurs clients est nécessairement plus important afin de conserver une marge de rémunération.

Or, depuis la crise des *subprimes* de 2008 et celle de dettes souveraines de 2011, la BCE a abaissé son taux de refinancement et augmenté les liquidités disponibles afin de permettre l'abaissement des taux d'intérêts à marge constante pour les établissements de crédit, par conséquent l'octroi de prêts à un nombre plus important d'acteurs économiques (avec un seuil de rentabilité abaissé puisque fonction aussi du taux d'intérêt).

Les EPS étant des acteurs économiques avec des investissements financés par emprunt, ils peuvent profiter de cet abaissement des taux d'intérêts pour emprunter avec des charges financières faibles, donc avec un impact minimum sur le résultat. De fait, cette diminution de taux constitue une fenêtre d'opportunités pour réaliser des investissements moins rentables mais qui s'avèrent économiquement viables au regard des conditions économiques actuelles.

De plus, la diminution importante des taux amène les EPS à pouvoir renégocier les conditions des emprunts qu'ils ont contracté par le passé. Au-delà de la mission de la SFIL de diminuer l'impact des emprunts toxiques<sup>47</sup>, les établissements de crédit acceptent de renégocier les contrats de prêts afin de les conserver et garder ainsi une diversité dans leur portefeuille de créances.

---

<sup>47</sup> Entretien avec Mme B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local de La Banque Postale



En effet, la diversité du nombre de contreparties est aussi une nécessité pour diluer les risques tandis que conserver un établissement public comme client permet d'avoir une forte assurance de remboursement du prêt alors que la crise sanitaire a eu des conséquences très négatives sur les acteurs économiques.

Cette possibilité de renégociation a néanmoins pour faiblesse le nombre d'établissements de crédit s'intéressant au crédit envers les EPS puisque l'octroi de crédit aux personnes publiques (collectivités, EPS, etc.) implique d'avoir une connaissance importante de leur fonctionnement et de leurs flux financiers.

Seuls certains établissements de crédit possèdent cette connaissance, liée à une appétence historique envers les créances publiques (collectivités hôpitaux) considérées comme plus sûres par les épargnants et proposées pour des placements peu risqués. Ces établissements de crédit sont souvent orientés vers le détail et le service aux particuliers : La Banque Postale (LBP) et la Caisse d'épargne<sup>48</sup>. Si d'autres établissements de crédit s'orientent vers la dette publique locale, les enveloppes dédiées sont moindres<sup>49</sup>.

Ainsi, les taux actuels proposés par les établissements de crédit permettent aux EPS soit de renégocier leurs emprunts soit de réinvestir pour un même montant avec des charges financières diminuées par rapport à un même investissement effectué 10 ans auparavant. La plupart des crédits contractés avant la baisse des taux arrivent bientôt à échéance puisque la moyenne de prêt à un EPS est de 15 ans tandis que le mouvement de baisse des taux s'est engagé après 2008. Les EPS vont donc bientôt sortir d'emprunts à taux d'intérêts importants et pouvoir réinvestir à faible coût. L'application de la règle des taux d'usure aux EPS, c'est-à-dire l'impossibilité de proposer un taux d'intérêt trop important,<sup>50</sup> permet aussi de s'assurer de crédits à taux d'intérêts raisonnables.

---

<sup>48</sup> Entretien avec Monsieur A, directeur délégué finances et performance auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes

<sup>49</sup> Entretien avec Mme C, travaillant à la direction des marchés de l'économie publique de la Société Générale

<sup>50</sup> <https://www.economie.gouv.fr/particuliers/taux-usure>

## 2- La renégociation des crédits est favorisée par la présence d'établissements de crédit publics

Avec la crise économique et la mise en lumière des emprunts toxiques contractés par les personnes publiques, l'Etat a mis en place des mécanismes d'aides. Cela s'est traduit par la création d'un fonds d'aide au remboursement en 2014 lors de l'adoption de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) et l'aide des établissements de crédits du Groupe Caisse des Dépôts (SFIL, LBP, CDC) dans la désensibilisation des emprunts à risques<sup>51</sup>. Ce Groupe étant sous contrôle étatique, il a été mis à contribution pour aider les personnes publiques à continuer leur mission de service public.

Aujourd'hui, les établissements de crédits du Groupe Caisse des Dépôts se sont répartis l'octroi de crédits envers les établissements de santé selon le type de crédit à octroyer. LBP propose des crédits sur 15 ou 20 ans maximum pour de l'investissement ou de la trésorerie, dont la créance est ensuite cédée à la SFIL ; La Banque Postale joue donc le rôle de réseau commercial de la SFIL. Ensuite, la SFIL propose en propre des crédits, principalement en vue de diminuer la charge des emprunts toxiques (désensibilisation). Enfin, la CDC octroie des crédits sur des projets de 30 ans minimum, produit qui n'est pas proposé par d'autres acteurs bancaires.

Jusqu'en 2022, pour la CDC, une enveloppe de 28 milliards a été mise à disposition du secteur public local. Sur cette enveloppe, 15 milliards ont été consommés, dont 2 vers les établissements de santé (public ou privé à but non lucratif)<sup>52</sup>. La faiblesse du montant des acteurs du système de santé démontre soit leur incapacité à emprunter davantage, soit que l'offre des autres établissements de crédit est suffisante. Il faut aussi prendre en compte le fait que la CDC n'octroie que des crédits supérieurs à 30 ans, ce qui ne constitue peut-être pas la majorité des investissements d'un établissement de santé, souvent porté à investir dans l'équipement médical (avec un amortissement et une durée d'emprunt plus courts).

Il faut aussi noter le concours de la Banque Européenne d'investissement (BEI) comme financeur potentiel des EPS. Cette banque peut en effet intervenir en direct, sous critères d'éligibilité. Ainsi, « les projets de construction d'hôpitaux répondant à la norme Haute Qualité Environnementale (HQE), d'un montant supérieur à 100 millions d'euros peuvent être financés

---

<sup>51</sup> Entretien avec Mme B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local de La Banque Postale et communiqué de presse de la FHF, 2014, Emprunts toxiques à l'hôpital : Le gouvernement reconnaît la responsabilité des banques

<sup>52</sup> Entretien avec M. J, Chef de projet Secteur public et Projets complexes à la Direction des Prêts de la Caisse des Dépôts et Consignations

à 50 % par la Banque européenne d'investissement. Le processus d'attribution des fonds en direct prend plusieurs mois, mais les conditions de financement sont alors des plus avantageuses : durées allant jusqu'à trente ans, mobilisation en plusieurs tirages successifs, et marges inférieures à 1,00 % sur Euribor ». <sup>53</sup>

Au-delà de ce financement spécifique concernant la protection de l'environnement, la BEI peut aussi financer jusque 50% tout projet d'EPS supérieur à 25 millions d'euros. <sup>54</sup>

Enfin, la présence des établissements de crédits institutionnels permet de maintenir une concurrence suffisante afin d'obliger les autres établissements à proposer des conditions satisfaisantes dans l'octroi de crédits, donc de faire bénéficier entièrement les EPS des conditions financières favorables.

### 3- Cas du Groupe Hospitalier Seclin Carvin

Le Groupe Hospitalier a renégocié cinq de ses emprunts, deux auprès de la CDC et trois auprès de LBP.

Pour la CDC, la renégociation a permis de faire gagner 275 000 euros à capital restant dû inchangé (3,1 millions d'euros) en faisant passer le taux pour le premier emprunt de livret A + 109 BP à livret A + 85 BP, tandis que le taux du deuxième emprunt est passé de LEP + 135 BP à LEP + 50 BP .

Quant à LBP, les trois emprunts représentaient un capital restant dû de 8,6 millions avec les taux d'intérêts respectifs suivants : livret A + 112 BP, livret A + 113 BP et livret A + 137 BP ; renégociés à un nouveau taux de 0,60% pour un gain de 915 000 euros à capital restant dû inchangé.

Quant à l'usage des emprunts, pour la CDC : le premier emprunt permettait le financement du Pôle Santé Carvin ; programme majeur de restructuration de l'offre de soins pour le SSR du Groupe Hospitalier. Le deuxième emprunt était une opportunité de remise à l'équilibre du compte de résultat H, sans influencer la soutenabilité de la dette au regard du faible taux d'intérêt alors servi.

---

<sup>53</sup> LEZ P., NGUYEN L., 2014, « les conditions de financement des EPS », Gestion hospitalières, n°533

<sup>54</sup> <https://www.eib.org/fr/products/loans/public-sector.htm>

Pour LBP, les trois emprunts servaient à financer l'investissement de trois budgets de structures médico-sociales : Foyer de vie, EHPAD et Unité de Soins Longue Durée (USLD).

Le Groupe Hospitalier a renégocié ses emprunts pour faire baisser ses charges financières à capital de dette fixe. Si la renégociation ne permet pas de diminuer le taux d'endettement, elle permet d'améliorer le résultat et la CAF, soit pour investir davantage, soit ensuite pour se désendetter en remboursant par anticipation (en tenant compte des intérêts de remboursement anticipé).

La renégociation des emprunts a été facile pour le Groupe Hospitalier qui n'entre pas dans les critères du décret de 2011 et présente des indicateurs plutôt favorables. Il a ainsi diminué son endettement de plus de 20% entre 2016 et 2019, présentant désormais un taux d'endettement d'environ 50%. Il a aussi augmenté sa CAF pour atteindre un taux d'environ 9%. Enfin, le taux de marge brute se maintient depuis des années autour de 8 à 9% (recommandation de l'IGAS à 8%). Le taux de vétusté des équipements de 89% indique une nécessité d'investissement dans ce domaine ; ce qui pourra être bientôt réalisé quand le taux d'endettement aura encore diminué.

Ce redressement a été effectué après une hausse importante de l'endettement entre 2010 et 2016, avec un doublement du montant de la dette, passant de 36 à 75 millions, ce qui confirme l'analyse selon laquelle les deux plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont contribué à la hausse de l'endettement des EPS. Ce doublement du montant ne s'est cependant pas accompagné d'un doublement du taux d'endettement puisque les produits de l'activité ont aussi augmenté dans le même temps, mais pas dans les mêmes proportions.

Les indicateurs du Groupe Hospitalier révélant un état financier sain permettent donc de renégocier plus efficacement des emprunts. Ce constat démontre qu'un EPS peut s'engager dans un cercle vertueux dès qu'une politique d'assainissement financier est mise en œuvre sur plusieurs années.

## 3.2 L'aide à l'investissement et la réforme du financement

### 1- De la reprise de la dette à l'aide à l'investissement

L'état financier préoccupant des EPS ayant été identifié, le Gouvernement avait lancé, dès 2019 un plan d'urgence des hôpitaux. Les grèves de personnels médical et paramédical au cours de la même période avaient amené le Gouvernement à parler de crise de l'hôpital public. Le Premier Ministre avait expliqué que cette crise provenait de la "triple révolution" qui avait été imposée à l'hôpital : régulation budgétaire, réorganisation territoriale de l'offre de soins et organisation de la gouvernance. Il indiquait aussi que le numerus clausus avait particulièrement affecté le fonctionnement de l'hôpital.

Dès l'annonce de la reprise de la dette des EPS, vue comme nécessaire au regard de leur situation particulièrement difficile, un rapport a été demandé à l'IGAS et l'IGF. Les conclusions de ces derniers sont que la reprise de la dette devait devenir une aide à l'investissement. Cette orientation a été suivie par le Gouvernement et les 19 milliards d'euros pour aider financièrement les EPS sont divisés en plusieurs enveloppes dont les modalités de distribution diffèrent. Le tableau ci-dessous synthétise les modalités finalement retenues.

Périmètre et montant du programme	Durée	Sous-programme	Montant du sous-programme	Critères	Modalités d'emploi des fonds
<b>Secteur sanitaire 15,5 Mds</b>	3 ans	Investissements courants	1,5 Mds	prorata produits des ES pour 2021 puis population pour 2022 et 2023 niveau région	Gestion CNSA et ARS avec contractualisation et trajectoire de réduction de la dette (sauf 1 GEUR de réserve)
	10 ans	Transformation offre de soins/ projets prioritaires	6,5 Mds	Prorata population niveau région puis priorités ARS	
		Restauration de la capacité financière	6,5 Mds	70% sur taux d'endettement, 20% sur CAF et 10% sur population (niveau région)	
		Réserve	1 Md		
<b>EHPAD 2,1 Mds</b>	5 ans	Investissements courants	1,5 Mds	Projets innovants et amélioration qualité (QVT et patients)	Gestion délégation du numérique en santé (G-Nius)
		Numérique	600 M	Circulaire à venir	
<b>Numérique en santé 1,4 Mds</b>	3 ans				

## 2- L'aide à l'investissement est conditionnelle

Un montant de 19 milliards d'euros était destiné initialement à la reprise de la dette des hôpitaux, dont 3,5 milliards désormais fléchés vers d'autres acteurs (EHPAD et numérique). Bien sûr, les EPS étant un acteur important du numérique en santé et certains gérant des structures médico-sociales, les fonds leur seront in fine attribués. Sur les 19 milliards d'euros, 8 milliards sont destinés au secteur sanitaire et réparti selon des critères prédéfinis, avec notamment l'abandon du taux de vétusté considéré comme trop peu fiable (malgré la certification des comptes), tandis que 6,5 milliards sont à la discrétion des ARS afin de mettre en œuvre les priorités définies dans le PRS.

Pour les programmes destinés au sanitaire sur 10 ans, les fonds seront affermis en deux fois : 2021-2026 puis 2026-2029. Pour la première tranche, l'ARS devra avoir ciblé les investissements à aider pour octobre 2021<sup>55</sup>.

Le rôle de l'ARS se trouve renforcé par cette modalité puisque la perspective de récupérer des crédits amènera les EPS à suivre la ligne définie par l'ARS. Cette dernière ne disposait avant que des fonds issus du FIR et ne pouvait proposer que des aides ponctuelles, souvent via des appels à projet. Avec l'augmentation conséquente de l'enveloppe, l'ARS pourra soutenir les investissements des EPS qui n'orienteront plus entièrement leurs investissements en vue de récupérer de l'activité. Le financement à la qualité permettra aussi de diminuer l'obsession de l'activité.

De plus, toute aide de l'ARS sera conditionnée à un engagement de réduction de sa dette par l'EPS qui en bénéficiera. Cet engagement sera intégré au CPOM signé entre l'ARS et l'EPS.

Néanmoins, il faut noter que le montant à discrétion des ARS est étalé sur 10 ans, ce qui diminue la portée de l'enveloppe qui leur est destinée. De plus, pour les investissements supérieurs à 150 millions d'euros, l'avis du Comité National de l'Investissement en Santé (CNIS) devra être recueilli.

---

<sup>55</sup> Entretien avec M. A, directeur délégué finances et performance auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes

### 3- Cas du Groupe Hospitalier Seclin-Carvin

Concernant le programme d'investissements courants, le Groupe Hospitalier a été notifié d'une aide de 360 000 euros pour l'année 2021.

Ce programme ayant lieu sur 3 ans, il anticipe alors 720 000 euros cumulés pour les deux prochaines années. Néanmoins, aucune de ses projections n'intègre cette anticipation avant la notification officielle.

Pour les autres programmes du sanitaire, le Groupe Hospitalier attend l'arbitrage de l'ARS qui aura lieu en octobre de cette année sur la base des PGFP transmis par les EPS. Le sachant, il a accompagné son PGFP d'une lettre afin de justifier ses investissements. Il a aussi recensé un nombre important d'investissements dans le PGFP afin de démontrer son ambition en offre de soins.

Le groupe Hospitalier est aussi concerné par les programmes EHPAD ou numérique en santé, puisqu'il en gère trois. Les fonds de ces deux programmes seront distribués via des appels à projet qui devront montrer en quoi ils aident soit à l'amélioration des conditions de travail du personnel, soit à une meilleure qualité de vie des résidents. Ils seront distribués sous la forme de Plan d'Aide à l'Investissement (PAI), avec le même type de fiche projet que pour les PAI précédents<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Circulaire n° 6250-SG du 10 mars 2021 du Premier Ministre

### 3.3 Les alternatives à l'emprunt

#### 1- La mise en place d'obligations

Les EPS ont la capacité légale d'émettre des obligations sur les marchés financiers. Cette technique permet d'éviter l'intermédiation bancaire et donc de ne pas rémunérer la marge des établissements de crédit. Cette possibilité d'émission a déjà été mise en œuvre par différents EPS tels que l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP)<sup>57</sup>, les Hospices Civils de Lyon (HCL)<sup>58</sup> ou l'Assistance Publique -Hôpitaux de Marseille (APHM)<sup>59</sup>.

Chaque EPS souhaitant émettre sur les marchés financiers est alors soumis, pour cette activité, au contrôle de l'Autorité des Marchés Financiers et doit suivre les lois et règlements de l'activité financière. Il faut donc posséder une taille critique et des montants suffisants pour que l'investissement en compétences particulières (connaissance des milieux financiers) puisse être rentabilisé par l'élimination de la marge d'intermédiation bancaire. C'est pourquoi cette modalité concerne en premier lieu les trois groupements de centres hospitaliers des trois grandes villes que sont Paris, Lyon et Marseille. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a aussi été mis en place avec pour membres des CHU ; le GCS se nomme « CHU de France Finance ».

Ce GCS permet d'émettre des obligations pour le compte des EPS qui en sont membres. Aucun critère financier n'est requis pour y adhérer puisque les EPS ne sont pas solidaires entre eux quant au remboursement<sup>60</sup>, ce qui fait du GCS un simple outil d'ingénierie financière, c'est-à-dire qu'il permet de mutualiser les compétences nécessaires.

L'objectif de ce groupement était de faire passer la part de financement désintermédié de 8 à 20%. Etant donné les taux actuels proposés, la pertinence de cet objectif doit être évaluée. Néanmoins, l'outil mérite d'exister pour éviter une dépendance trop forte à l'environnement bancaire. Il faut aussi remarquer que les obligations issues du GCS sont reconnues par la BCE comme « marketable asset » tandis que le GCS est une « agence reconnue » éligible au programme d'achat du secteur public mis en œuvre par la BCE<sup>61</sup>.

---

<sup>57</sup> <https://www.aphp.fr/programme-demissions-de-titres>

<sup>58</sup> [https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/emission\\_obligataire\\_2019.pdf](https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/emission_obligataire_2019.pdf)

<sup>59</sup> [http://fr.aphm.fr/sites/default/files/files/aphm\\_prospectus\\_admission\\_negociations\\_marche\\_euronext\\_obligation\\_2018.pdf](http://fr.aphm.fr/sites/default/files/files/aphm_prospectus_admission_negociations_marche_euronext_obligation_2018.pdf)

<sup>60</sup> Entretien avec Mme V, attachée du Groupement de Coopération Sanitaire « CHU de France Finance »

<sup>61</sup> <https://www.ecb.europa.eu/paym/coll/standards/marketable/html/index.fr.html>



Cette éligibilité permet aux obligations d'être rachetées par la BCE dans le cadre de son programme d'assouplissement quantitatif. Cette caractéristique fait des obligations des EPS des titres très liquides, ce qui peut intéresser des investisseurs très frileux quant au risque de liquidité (ne pas trouver d'acheteur lorsqu'on veut vendre).

Au-delà du GCS, les EPS peuvent aussi être accompagnés par les établissements de crédit dans la mise en place de programmes obligataires, c'est le cas de La Banque Postale dont sa représentante explique ceci : « notre intérêt est d'améliorer la situation financière des EPS et le financement obligataire est souvent complémentaire du financement bancaire donc il ne diminue pas notre part de marché. Toutefois le recours aux financements obligataires reste limité en nombre de clients (APHP, HCL, CHU de Lille) »<sup>62</sup>. La Société Générale serait aussi intéressée à la perspective d'aider les EPS à émettre leur dette sur les marchés financiers, dès lors qu'ils possèdent une expertise financière suffisante<sup>63</sup>. Ainsi, les établissements de crédit ne semblent pas réticents d'aider les EPS de se passer de leurs services dans l'octroi de crédit puisqu'ils considèrent que ces deux types de financement sont complémentaires.

Les établissements de crédit ont néanmoins des enveloppes limitées pour octroyer des prêts puisqu'ils doivent se conformer au ratio de levier, mécanisme de réglementation bancaire qui les obligent à ce que le montant cumulé de l'ensemble de leurs créances ne soit pas supérieur à 33 fois le montant de leurs fonds propres<sup>64</sup>. De fait, chaque direction commerciale d'un établissement de crédit (direction des entreprises, direction des particuliers, direction du secteur public) possède une enveloppe limitative pour ses clients. Dans ce contexte, aider un EPS à émettre des obligations ne pose pas de problème puisque c'est autant de clients qui n'utiliseront pas l'enveloppe et n'obligeront pas à un arbitrage si la limite de l'enveloppe est près d'être atteinte.

---

<sup>62</sup> Entretien avec Mme B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local à La Banque Postale

<sup>63</sup> Entretien avec Mme C, travaillant à la direction des marchés de l'économie publique de la Société Générale

<sup>64</sup> <https://www.eba.europa.eu/regulation-and-policy/leverage-ratio>

## 2- Les investissements sans achat

L'investissement traditionnel se traduit par un achat d'équipement qui sera rétribué par les forfaits des actes que permet de réaliser cet équipement. L'équipement étant vendu à un prix fixe, il est nécessaire d'intégrer ce prix, les intérêts de l'emprunt qui sert à acheter l'équipement, et le coût qui est fonction du nombre d'actes (consommables, personnel, etc.). La prise en compte de l'ensemble de ces éléments permet d'apprécier un retour sur investissement. Or, il existe des alternatives à l'investissement par achat (donc par emprunt si la CAF n'est pas suffisante).

En effet, plusieurs modalités d'investissement peuvent être mises en œuvre.

Premièrement, la mise à disposition d'un équipement par une société en échange de l'achat à prix plus important des consommables. Ce système a l'avantage de ne demander aucune somme préalable à la mise en œuvre de l'activité et transfère le risque de faible activité (donc manque de rentabilité de l'équipement pour le fabricant) ; l'exemple serait un équipement de pointe qui sert une activité déjà effectuée par un autre établissement de santé dont la prise de part de marché n'est pas certaine. Elle est désavantageuse s'il existe la certitude d'une forte activité de l'équipement, comme une radio pour les urgences traumatologiques dans un EPS situé non loin de pistes de ski. La particularité est la nécessité de mettre en place une bonne gestion de stock des consommables.

Deuxièmement, un équipement peut être loué. Cela évite l'achat et donc l'emprunt mais à durée égale entre une location et l'amortissement d'un achat d'investissement, la location sera plus élevée. L'avantage est le même que la modalité précédente avec un arrêt de la location facile en cas d'arrêt de l'activité (négociation lors du contrat) tandis qu'un équipement acheté offre moins de flexibilité. De même, la certitude d'activité ne convient pas à ce type d'investissement. La location nécessite de négocier un contrat suffisamment favorable à l'EPS.

Troisièmement, le paiement à l'acte constitue une atténuation de recettes. C'est-à-dire que l'établissement possède un équipement et rétrocède une part de chaque forfait rémunérant un acte. Cette modalité permet de ne décaisser aucune somme mais amène une diminution de rentabilité des actes. Elle a les mêmes avantages et inconvénients que les modalités précédentes. Sa particularité est la possession de l'équipement par l'EPS mais une somme initiale doit être versée.

Ces solutions permettent d'investir sans emprunter mais amène à faire supporter l'investissement uniquement par le cycle d'exploitation. Il est alors nécessaire de circonscrire les risques quant à ce cycle, notamment si la mise en œuvre de l'équipement nécessite de former du personnel voire d'en recruter spécifiquement.

### 3- L'optimisation de la trésorerie permet de dégager une marge d'investissement supplémentaire

Au regard de la masse financière représentée par les services de soins dans les dépenses et dans les recettes via l'activité, la recherche de marge s'est concentrée prioritairement sur ces services via les maquettes de fonctionnement et l'optimisation du taux d'occupation (voir chapitre précédent).

Néanmoins, il est aussi nécessaire d'améliorer la gestion administrative, notamment dans les délais de facturation afin de maximiser la trésorerie disponible. Cela passe par des actions vers l'interne et vers l'externe :

- Pour l'interne, une meilleure gestion de l'entrée des patients et une meilleure communication des services de soins permet d'avoir un dossier patient complet pour permettre de facturer rapidement dès la sortie du patient
- Pour l'externe, un partenariat constructif doit être mis en place avec le Trésor public afin que le comptable public lance la facturation et surtout suive les impayés avec les diligences requises (relance, avis à tiers détenteur, saisie sur salaire).

Des EPS ont aussi pu choisir l'affacturage afin de se délester de la gestion de la facturation, moyennant une marge pour la société d'affacturage. Ce mécanisme est le suivant :

- L'EPS détient une créance de 100 euros envers le patient qu'il a soigné et qui doit lui régler le reste à charge
- L'EPS cède cette créance à une société d'affacturage pour 85 euros
- La société d'affacturage obtient le remboursement de la créance de 100 euros

Dans cet exemple, l'EPS perd 15 euros qui correspondent à la marge de l'entreprise mais est sûr d'être payé de 85 euros tandis que la société d'affacturage supporte les coûts de gestion de la facturation ainsi que le risque de non-paiement.

Ce système permet de transférer le risque de l'EPS à un tiers mais diminue la recette potentielle de l'EPS. Evidemment, le contrat proposé par la société d'affacturage tient compte du taux d'impayés subis par l'EPS ainsi que de la qualité des données patients recueillies nécessaires pour facturer. En tout état de cause, l'EPS économise les coûts de gestion.

Néanmoins, les services d'accueil et de facturation des usagers sont aussi des services permettant le reclassement de personnels paramédicaux qui ne peuvent plus travailler dans les services de soins à la suite de restrictions liés à des maladies professionnelles et décidées par la médecine du travail. De fait, déléguer la gestion de la facturation à une société extérieure entraîne une diminution du nombre de personnels nécessaires et donc prive l'EPS d'un vivier de reclassements.

En tous les cas, optimiser la trésorerie permet à l'EPS de prélever sur le fonds de roulement et donc d'améliorer son autofinancement. Ce prélèvement ne peut être répété et ce mécanisme ne permet pas l'abondement de la CAF de façon régulière. Néanmoins, cette possibilité est peu exploitée par les EPS qui préfèrent déployer leurs ressources en contrôle de gestion sur des actions vers les services de soins où les dépenses et l'activité représentent la masse financière la plus importante.

En résumé, malgré une situation financière actuellement préoccupante des EPS, les perspectives à moyen et long terme indiquent une amélioration. Tout d'abord, la politique monétaire actuelle et le faible taux d'intérêts permettent d'emprunter à faible coûts tandis que l'implication des établissements de crédit parapublics fait jouer pleinement la concurrence ; cet ensemble de facteurs permettant aux EPS de financer leurs investissements actuels avec de faibles charges financières. Ensuite, le programme d'aide à l'investissement mis en œuvre par le gouvernement permet de répondre à l'enjeu de l'investissement sans endettement supplémentaire, permettant aux EPS de consacrer leur CAF au désendettement. Enfin, la montée en compétence en ingénierie financière pour les EPS leur permet d'avoir recours à des dispositifs autres que l'emprunt bancaire pour investir (obligations, mise à disposition, paiement à l'acte, etc.).

## Conclusion

La question de l'endettement des hôpitaux est consubstantielle à celle du financement des hôpitaux, et plus généralement de notre système de santé. La survenue de la crise sanitaire a mis en exergue la nécessité d'investir dans notre système de soins dont l'hôpital demeure la clef de voûte. L'effort d'investissement entrepris dans les années 2010 a été trop important et peu pertinent, plaçant les hôpitaux dans une situation financière difficile. Cette engrenage, ajouté au respect strict de l'ONDAM et à des tarifs T2A mal adaptés, a eu pour conséquence une diminution importante des investissements sur les dix dernières années.

Désormais, les investissements structurants entrepris dans les hôpitaux le sont avec l'aide de l'Etat et des ARS, ce qui contredit le modèle de financement de l'investissement par la marge prise sur le fonctionnement tel que dessiné par la T2A. La complexité à dégager une marge avec la diminution progressive des tarifs et la convergence vers une organisation de plus en plus optimale (donc moins optimisable) font que la logique qui domine le modèle T2A s'essouffle. Or, les aides de l'Etat et des ARS dépendent aussi du cycle des politiques publiques (Nordhaus) qui n'est pas celui de l'investissement.

Néanmoins, ce tableau noir est nuancé par les réformes entreprises dans la modification de l'offre de soins, avec une plus grande responsabilisation de la médecine de ville, mais aussi les changements de paradigme dans le financement des hôpitaux (notamment la dotation populationnelle). Ces réformes permettent de donner une plus grande marge de manœuvre aux hôpitaux en diminuant l'hospitalocentrisme de notre système de santé.

Quant à l'endettement en tant que tel, la baisse des taux de la BCE depuis une dizaine d'années permet aux hôpitaux d'emprunter avec un coût moindre, ce qui diminue l'exigence de rentabilité des investissements et permet une plus grande préoccupation de la qualité des soins. Les alternatives à l'emprunt sont aussi des pistes vers une plus grande souplesse de l'investissement, selon les incertitudes auxquelles sont confrontés les hôpitaux.

La médicalisation des décisions démontre une volonté de prendre des responsabilités de la part du personnel médical. Ce dernier a aussi un rôle à jouer dans l'optimisation des soins via la pertinence des actes alors qu'il y a encore 30% des actes prescrits qui sont inutiles<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup>[https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action)

---

## Bibliographie

---

### **Articles scientifiques :**

MILCENT C., 2017, « premier bilan de la tarification à l'activité (T2A) sur la variabilité des coûts hospitaliers », Economie et prévision, 1, p. 47-67

MOISDON J.-C., 2017, « PMSI, T2A et gestion interne », Journal de gestion et d'économie médicales, 35, p. 51-66

LEZ P., NGUYEN L., 2014, « les conditions de financement des EPS », Gestion hospitalières, n°533

YILMAZ E., EVAIN F., 2012, « les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé », Economie publique, 1-2, p. 317-349

### **Articles de presses :**

BATIFOULIER P., CASTEL D., BRECHAT, P.-H., 2017, « La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations », n°54, P. 61-78

CASH R., 2021, « les tarifs de séjours sont-ils cohérents avec les coûts observés ? », Finances hospitalières, n°155, p. 2-5

GODELUCK Solveig, 2019, « Pourquoi le gouvernement hésite à délester les hôpitaux de leur dette », Les Echos, n°23078

ROLLAND Sophie, 2020, « Des banques centrales moins impuissantes qu'il n'y paraît face au coronavirus », n° 23153

VALLETOUX F., 2019, « L'hôpital n'est pas un coût mais un investissement », Les Echos, n°23074

AFP, 2018, « Buzyn pointe une "crise de sens" à l'hôpital du fait de la "course à l'activité" », Le Point

### **Rapports administratifs ou de recherche :**

Dr. ABALLEA P., BANQUY D., COLLETTE P., LEGRAND P., PAINAULT P., VANNESTE A., Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

BREDIN F., LEOST H., GRAS O., PILVEN A., MEUNIER A., REMAY F., 2020, Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

BRUANT-BISSON A., CASTEL P., PLANEL M.- P., 2012, Inspection générale des affaires sociales, Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé

BRAS P.-L., VIEILLERIBIERE J.-L., LESTEVEN P., 2012, Inspection Générale des Affaires Sociales, Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

Cour des Comptes, rapport annuel 2018, La dette des hôpitaux: des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir

DEROCHE Catherine, SAVARY R.-P., 2019, rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, avis du 24 mai 2018

Haute Autorité de Santé, Pertinence des soins – Les professionnels en action

Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales

### **Textes législatifs ou réglementaires :**

LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Journal officiel, n°0302 du 15 décembre 2020

Circulaire n° 6250-SG du 10 mars 2021 du Premier Ministre

---

## Liste des annexes

---

1. Exemple d'analyse d'activité avec le Groupe Hospitalier Seclin Carvin
2. Entretien avec Monsieur A, directeur délégué finances et performance auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes
3. Entretien avec Monsieur J, Chef de projet Secteur public et Projets complexes à la Direction des Prêts de la Caisse des Dépôts et Consignations
4. Entretien avec Monsieur Y, conseiller référendaire à la Cour des Comptes et auteur du rapport 2018 de la Cour des Comptes sur l'endettement des hôpitaux
5. Entretien avec Madame V, attachée du Groupement de Coopération Sanitaire « CHU de France Finance »
6. Entretien avec Madame B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local à La Banque Postale
7. Entretien avec Madame C, travaillant à la direction des marchés de l'économie publique de la Société Générale



## Exemple d'analyse d'activité avec le Groupe Hospitalier Seclin Carvin

Libellé	Séjours 2018/2019	Jours PMSI 2018/2019	IPDMS	CA T2A 2018/2019	Part du CA du GA sur le CA total 2018/2019	Parts des jours PMSI sur les jours PMSI GHSC 2018/2019	Part des séjours du GA sur le total des séjours GHSC 2018/2019	Nombre total de séjour sur la zone de recrutement 2018	Nombre total de séjour sur la zone de recrutement 2019	Part de marché sur la zone de recrutement 2018/2019	Part de marché des établissements concurrents sur la zone de recrutement 2018/2019	Séjours effectués par les établissements concurrents sur la zone de recrutement 2018/2019
Accouchements par voie basse	1 625	7 000	1,05	3 659 186 €	7,78%	8,98%	6,97%	3059	3036	41,45%	CHU (18,9%), CH Lens (12,8%)	968,5
Infections respiratoires	766	6 441	0,93	2 996 987 €	6,37%	8,26%	3,28%	1887	1917	34,50%	CHU (20,5%), CH Lens (9,2%)	584
Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	419	3 155	0,93	2 597 043 €	5,52%	4,05%	1,80%	1846	1927	19,95%	Clinique Hénin (19%), CHU (16%), clinique du sport (12,4%)	911
Affections médicales du nouveau-né	1 973	8 425	1,07	2 557 071 €	5,44%	10,81%	8,46%	3838	3810	39,90%	CHU (19,6%), CH Lens (12,8%)	1245
Cardiopathies, valvulopathies	407	4 171	1,01	1 806 034 €	3,84%	5,35%	1,75%	1181	1148	31,30%	CHU (22,5%), CH Lens (11,1%), Clinique Hénin (9,9%)	514

Chirurgie digestive majeure	150	1 986	1,01	1 603 569 €	3,41%	2,55%	0,64%	504	482	27,00%	CHU (19,6%), clinique Hénin (15,5%)	176,5
Césariennes	316	1 730	0,93	947 402 €	2,01%	2,22%	1,35%	645	669	36,45%	CHU (19,8%), CH Lens (12,8%)	213
Bronchites, bronchiolites et asthme	438	1 914	0,99	946 099 €	2,01%	2,45%	1,88%	1251	1034	30,85%	CHU (27%), CH Lens (10,8%)	444
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	168	1 669	1,03	932 000 €	1,98%	2,14%	0,72%	573	518	27,00%	CHU (33,3%), CH Lens (14,4%)	204,5
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	476	1 543	1,06	773 313 €	1,64%	1,98%	2,04%	1166	1186	34,20%	CHU (21,7%), CH Lens (11,6%)	331
Hernies	362	542	0,99	750 766 €	1,60%	0,70%	1,55%	1090	1052	28,70%	clinique Hénin (18%), clinique du Bois (10,1%), CHU (8,8%)	404,5
Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	260	1 327	0,98	743 211 €	1,58%	1,70%	1,11%	1072	1128	20,70%	CHU (29,8%), clinique Hénin (10,8%)	463

Les activités sont analysées en groupe d'activité afin de posséder une vue suffisamment synthétique. Les groupes d'activité avec une IPDMS en rouge sont ceux pour qui la durée de séjour est supérieure à la Durée Moyenne de Séjour (DMS) moyenne au niveau national.

Les groupes d'activité pour lesquels le pourcentage des journées PMSI est en rouge sont ceux dont ce pourcentage est supérieur au pourcentage de la part de ce groupe d'activité dans les recettes T2A. Puisque les journées passées par les patients en séjour sont le principal facteur de coûts d'un EPS, une part de journées PMSI plus importantes que la part dans le chiffre d'affaires montre que le groupe d'activités contribue plus fortement aux coûts qu'aux recettes.

Les pourcentages de séjour en rouge ou orange sont les activités pour lesquelles les EPS concurrents ont une activité respectivement supérieure ou égale à celle du Groupe Hospitalier dans la zone de recrutement des patients, donc les activités pour lesquelles la marge de recrutement de séjours est la plus grande. Elle est à mettre en balance avec les autres indicateurs ci-dessus pour savoir si ces activités sont rentables et si la disponibilité existe pour effectuer plus de séjours (en baissant la DMS par exemple).

# **Entretien avec Monsieur A, directeur délégué finances et performance auprès du directeur de l'offre de soins de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes**

Dans quelle situation financière sont les établissements publics de santé en Auvergne Rhône-Alpes ?

La nouvelle région ARA créée en 2016 se caractérise par de fortes disparités en matière d'indicateurs socio-économiques et de dynamique populationnelle, avec des différences très marquées entre l'est et l'ouest de la région. Ce constat a une incidence directe sur la situation financière des établissements publics de santé (EPS), à l'est des hôpitaux globalement à l'équilibre, malgré un fort taux d'endettement lié à une forte dynamique d'investissement. A l'inverse, l'ouest de la région présente des indicateurs financiers plus dégradés et des investissements moindres. Ainsi, la situation financière des EPS de la région est très contrastée territorialement.

Combien d'hôpitaux répondent aux critères du décret 2011 (en pourcentage) en ARA ?

Dans la région, il y a 49 EPS sur 116 qui doivent demander l'autorisation de l'ARS pour emprunter en vertu du décret de 2011.

Quelle enveloppe dédiée aux hôpitaux pour reprise de la dette ?

Une enveloppe de 13 milliards d'euros dédiée aux établissements sanitaires (EPS, ESPIC) pour la restauration des marges d'autofinancement va être mise en place (Dotation relevant de la Facilité de Relance et de Résilience (FRR)). Cette enveloppe est traduite juridiquement dans l'article 50 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS).

Les arbitrages ministériels relatifs à la répartition de cette enveloppe ne sont pas encore connus à ce jour mais des orientations ressortent. La moitié des financements serait attribuée en fonction de critères financiers et de la population de chaque région. Les ES les plus en difficulté selon ces critères seront les plus aidés.

L'autre moitié de l'enveloppe serait divisée entre ARS pour leur permettre d'aider les projets d'investissements des ES de leur région. Cette enveloppe proviendra de la facilité de relance et de la résilience de la Commission Européenne. Ces fonds européens sont donc considérés comme une aide d'Etat provenant de l'Union Européenne donc toute aide devra faire l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'ES bénéficiant des fonds.

A noter également que ces financements de 13Mds d'euros sont complétés par des financements octroyés dans le cadre du SEGUR de la santé à hauteur de 2.5Mds€. Ces fonds seront gérés par la Caisse des dépôts et Consignations (CDC) via le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mis à disposition des ARS pour aider les ES.

Quels critères financiers sont utilisés pour la partie versée par l'échelon national ?

Les critères utilisés ne sont pas arbitrés mais les indicateurs suivants sont évoqués : taux d'endettement, taux de CAF nette et recette d'activité.

Dans l'encours de la dette des établissements, les crédits baux et les dettes des Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) seront-ils inclus ?

A priori, ils ne seront pas inclus.

Comment prioriserez-vous les investissements à aider sur votre région ?

Nous connaissons déjà les projets d'investissement des établissements puisqu'ils nous communiquent tous les ans leur Programme Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et nous faisons un recensement tous les 2 ans des investissements à venir sur les 5 prochaines années. Les principaux besoins ont donc été identifiés et nous avons déjà prévu d'aider certains établissements. Nous allons donc pouvoir les aider mais plus rapidement et avec plus d'ampleur. L'enveloppe nationale nous fait gagner plusieurs années en nous permettant de financer en un an ce qui nous aurait normalement pris 4 ans.

Sur la question des restructurations, il faut comprendre que la plupart des fermetures de services ne se fait pas sur des critères financiers mais en raison de critères de qualité des soins et du fait d'un manque de ressources médicales pour assurer la continuité des soins. A titre d'exemple, il est impossible de laisser ouverte une maternité qui ne fonctionnerait qu'avec des personnels médicaux intérimaires sans équipes médicales pérennes.

Avez-vous des contacts avec des financeurs ?

Nous dialoguons semestriellement avec les établissements financiers intéressés par la dette hospitalière (Caisse d'Epargne et La Banque Postale principalement). Ces établissements peuvent aussi ponctuellement nous solliciter pour valider les demandes d'emprunt afin de convaincre les comités de validation nationaux de l'opportunité de financer tel ou tel ES.

Nous avons un contact avec la SFIL pour un ES de taille importante concerné par les emprunts toxiques.

Avez-vous des contacts avec d'autres administrations dans le suivi financier des ES, notamment la DRFIP ?

Nous avons notre propre équipe d'une dizaine de personnes pour suivre la situation financière des EPS et nous prononcer sur leur budget. Notre communication avec les EPS nous semble satisfaisante à cet égard.

Concernant les partenaires institutionnels, nous avons des contacts avec la DRFIP notamment dans le cadre de la procédure d'autorisation d'emprunt lorsqu'un EPS répond aux dispositions du décret de

2011. Le réseau du Trésor Public procède actuellement à un mouvement de spécialisation en dédiant une trésorerie à un ou plusieurs EPS (selon leur taille).

Il existe aussi des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé entre l'ARS, la DRFIP, la Banque de France et la CDC. Lors de ces comités, des EPS peuvent être auditionnés.

# Entretien avec Monsieur J, Chef de projet Secteur public et Projets complexes à la Direction des Prêts de la Caisse des Dépôts et Consignations

Disposez-vous d'une enveloppe fermée pour les établissements publics de santé (EPS) ?

Nous disposons d'une enveloppe fermée, ouverte en 2008 pour un montant de 2 milliards d'euros et destinée initialement à financer le plan Hôpital 2021.

Nous disposons désormais d'une enveloppe pour l'ensemble du secteur public local (collectivités, hôpitaux, HLM) qui est passée de 20 à 28 milliards ; cette enveloppe court de 2013 à 2022. Actuellement, environ 15 milliards ont été consommés, dont 2 milliards vers établissements publics de santé et ESPIC.

Les EPS démarchent-ils les banques ou l'inverse (appétence des banques envers la dette hospitalière) ?

Le démarchage s'effectue dans les deux sens. Nous avons une plus forte relation avec les établissements d'Outre-Mer que nous accompagnons particulièrement au regard de leurs difficultés financières.

Notre offre de prêt est particulière, notamment en temporalité avec des crédits longs. Nous pallions ainsi une carence du marché.

Comment attribuez-vous un crédit et comment faites-vous l'analyse du risque ?

L'analyse du risque se fonde sur les documents financiers (EPRD, résultats, bilan). Une coordination importante existe entre notre direction des risques et la DGOS.

Elle est faite par notre service de prêt puis un passage en comité est nécessaire pour valider l'emprunt. Il existe des comités à différentes échelons (local ou national) qui étudient les dossiers en fonction du montant demandé et du score de la contrepartie.

Faites-vous des taux différenciés selon les hôpitaux ? Fixes ou variables ? Jusqu'à quel niveau en charte Gissler pouvez-vous descendre ?

Nous proposons des prêts adossés au livret A, principale ressource de la CDC. La proposition usuelle est : taux Livret A + 130 BP mais nous proposons aussi 2 autres produits : relance santé et rénovation énergétique aux mêmes conditions (taux Livret A + 60 BP).

Nous pouvons aussi proposer un produit issu de la ressource Banque Européenne d'Investissement (BEI) avec taux fixe mais pour un montant inférieur à 25 millions d'euros.

Tous nos produits sont le niveau A de la charte Gissler et ont une durée comprise entre 25 et 50 ans.

Identifiez-vous des types d'EPS (ex : CHU ou CH de ville moyenne) en meilleure santé financière que d'autres ?

Les établissements d'Outre-Mer sont particulièrement précaires financièrement.

Les CHU doivent aussi honorer beaucoup d'obligations, ce qui a des conséquences sur leur équilibre financier.

Aidez-vous des hôpitaux à émettre des obligations sur les marchés ? Sinon, souhaiteriez le faire (si vous le pouvez) ?

Nous n'émettons pas d'obligations, ni n'accompagnons une telle émission, pour les établissements de santé. La CDC préfère se focaliser sur les Obligations Assimilables du Trésor (OAT), plus liquides sur les marchés.

La faiblesse des taux actuels est-elle un problème pour rentabiliser vos coûts de structure ?

Nous fixons la marge suffisante pour faire face à nos coûts. Nous n'avons pas de concurrence pour nos offres puisque la temporalité des prêts octroyés ne correspond pas à celle proposée dans les autres banques.

Nous avons nécessité d'octroyer un certain volume de prêts pour viabiliser notre structure.



## **Entretien avec Monsieur Y, conseiller référendaire à la Cour des Comptes et auteur du rapport 2018 de la Cour des Comptes sur l'endettement des hôpitaux**

Votre rapport indique la nécessité d'une marge brute à 8% (4% pour couvrir les frais financiers de la dette et 4% pour investir), est-ce toujours le cas ?

Cette recommandation des 8% provient d'un rapport IGAS/IGF de 2013 mais n'est pas uniforme pour les établissements. Ce qui importe est de pouvoir couvrir, en dégagant suffisamment de marge brute, le surcroît de charges financières et de dotations aux amortissements qu'implique tel ou tel projet d'investissement, ce qui donnait 8% au regard du taux moyen d'intérêt de 4% et de la nécessité de garder 4% pour investir. Le seul juge de paix est la capacité d'autofinancement.

La Cour des Comptes proposait d'abaisser le seuil de contre-expertise par le CGI, pensez-vous que ce soit toujours pertinent avec le remplacement du COPERMO par le CNIS ?

Le COPERMO (comprenant la direction du budget de la direction générale des finances publiques du Ministère des Finances, ainsi que la Direction Générale de l'Offre de Soins et la direction de la sécurité sociale du Ministère de la Santé) avait pour mission de veiller à ce que les gros projets d'investissement ne conduisent pas à compromettre la situation financière des établissements concernés. Il permettait aussi d'objectiver les décisions de l'ARS aux yeux des acteurs impliqués (élus locaux, médecins, directeurs).

Par ailleurs, les projets d'investissement, représentant plus de 100M€ doivent faire l'objet d'une contre-expertise du CGI de manière à éclairer le décideur (COPERMO ou autre) et la Cour a effectivement recommandé d'abaisser ce seuil pour permettre à la décision publique de bénéficier le plus souvent possible de cet éclairage. Il est toutefois vrai que si cette recommandation était mise en œuvre, cela obligerait le CGI à renforcer ses moyens de contre-expertise, ce qui ne serait pas forcément facile.

Concernant la reprise de la dette, l'IGF et l'IGAS ont proposé plusieurs solutions avec différents critères possibles, y compris le taux de vétusté, qu'en pensez-vous ?

Si le taux de vétusté constituait un des critères pris en compte, il conviendrait que l'administration l'envisage au regard de la fiabilité des états financiers produits par les hôpitaux. La certification des comptes des hôpitaux par des commissaires aux comptes vise à prévenir le risque de défaut de fiabilité, mais le contexte lié à la COVID 19 (qui a conduit à remettre en cause le calendrier de production des

comptes ainsi que celui des travaux de certification) constitue sans doute un facteur de fragilité au moins transitoire.

Les hôpitaux utilisent la comptabilité générale (M21 constituant le référentiel comptable en vigueur) et, de manière opérationnelle, les RTC (retraitements comptables) qui sont remontés aux ARS via l'ATIH. Ces RTC, produits plusieurs fois par an, permettent aux ARS de suivre la situation financière des établissements. En même temps, les RTC constituent un outil de comptabilité analytique, mais dont la fiabilité est tributaire de celle de la comptabilité générale.

Que pensez du rôle d'une mutualisation financière au niveau du GHT ?

Ce peut être une solution mais il existe un dilemme entre mutualisation et coordination

Considérez-vous que la législation européenne est pertinente en cela qu'elle considère les hôpitaux publics comme des services d'intérêt économique généraux, leur interdisant des aides d'Etat « non proportionnées » ?

Il faut prendre en compte le rôle des cliniques dans l'offre de soins. Notre système de santé est lui-même concurrentiel. Il existe les mêmes contraintes réglementaires pour les offices HLM.

Quelle utilité d'une banque des hôpitaux pour permettre aux hôpitaux de se financer ?

Dexia avait été créé pour financer les collectivités et son exemple invite à la prudence. La SFIL a repris cette tâche et fait le travail correctement : selon les échanges avec les représentants des milieux hospitaliers au moment du contrôle, pas de nécessité d'une nouvelle banque.

Les marges de manœuvre financières des hôpitaux semblent de plus en plus réduites, quels leviers peuvent encore être activés ? Le rapport IGF/IGAS sur la reprise de la dette des hôpitaux indique que les hôpitaux ont souffert d'une sous-compensation pendant des années, le pensez-vous ?

Le non-respect de l'ONDAM jusqu'en 2010 a amené le Ministère de la Santé à mettre en place des gels. La seule partie pouvant être gelée étant les dotations données aux hôpitaux, les dépassements d'enveloppe par la médecine de ville et sur la T2A ont été rattrapés par une baisse des dotations aux hôpitaux. Dans ce contexte, il y a eu un décalage entre l'évolution des dépenses d'assurance maladie liées aux soins de ville et celle liées aux hôpitaux.

Quelles marges de manœuvres existe-t-il encore pour les hôpitaux ?

Dans les années à venir, la question des marges de manœuvres (et donc de la capacité à investir tout en gardant un niveau de dettes soutenable) va nécessairement se poser compte tenu, d'une part, des augmentations de dépenses probables liées au Ségur et d'autre part, d'une évolution nécessairement contrainte de l'ONDAM vu les déficits très élevés pesant sur l'assurance maladie.

L'hôpital étant un lieu de coûts fixes, il est possible que davantage de restructurations soient à rechercher en mutualisant (dans le cadre des GHT) et en accentuant le virage ambulatoire : celui-ci impliquerait sans doute des fermetures de lits d'hospitalisation à temps complet, pour autant que les

besoins sanitaires puissent rester satisfaits. Il faut aussi éviter les problèmes de maîtrise d'ouvrage dans les travaux, souvent issus d'un manque de vision stratégique.

## **Entretien avec Madame V, attachée du Groupement de Coopération Sanitaire « CHU de France Finance »**

Quelles sont les raisons qui ont amené la création du GCS (difficultés à souscrire un emprunt bancaire ; meilleur taux d'intérêt anticipé, diversification des détenteurs de la dette) ?

Les établissements faisaient face à une raréfaction des offres de prêts, souhaitaient diversifier leurs financements et montrer une « image commune ». Ainsi, l'objectif, fixé en 2015, était de faire passer la part de financement désintermédié de 8 à 20%.

La structure du GCS permet de mutualiser le paiement des agences de notation (Fitch et Moody's). Les fonds du GCS sont issus d'une cotisation annuelle des membres du GCS. Un seul agent (à 10% de son temps) est dédié à la gestion du GCS.

Existe-t-il des critères pour intégrer ce GCS en termes de santé financière et les hôpitaux sont-ils solidaires du remboursement des obligations émises ?

Le GCS s'est créé après la mise en place de plusieurs émissions obligataires communes entre plusieurs hôpitaux. En effet, le GCS s'est créé en 2014 alors que trois émissions obligataires avaient été déjà effectuées (2009, 2010 et 2013). Les membres du GCS sont les hôpitaux ayant participé à une ou plusieurs émissions, c'est-à-dire : Amiens, Angers, Bordeaux, Brest, Dijon, Grenoble, Limoges, Lyon, Marseille, Metz-Thionville, Montpellier, Nancy, Nice, Nîmes, Orléans, Rennes, Saint Étienne, Strasbourg, Toulouse, Tours.

Pour d'éventuelles adhésions, il est nécessaire d'être un CHU et d'avoir l'accord de la majorité à l'Assemblée Générale du GCS. Il n'y a pas de critère de santé financière, les émetteurs n'étant pas solidaires entre eux quant à l'émission obligataire.

Les émissions obligataires ont-elles permis l'obtention d'un meilleur taux d'intérêt qu'en passant par une banque ?

L'émission obligataire de 2013, de 228 millions d'euros pour 16 hôpitaux, a permis d'obtenir un taux d'intérêt de 3,65% tandis que celle de 2015, de 100 millions d'euros, s'est faite sur un taux de 1,75%. Les émissions sont effectuées sur une durée de 10 ans à taux fixe.

Quel est l'avenir de ce GCS (surtout en rapport avec l'actualité de reprise de la dette) ?

Il faut d'abord savoir qu'aucun hôpital n'a eu de difficultés à faire face à l'échéance de 2020. Un groupe de travail va se constituer pour évoquer l'avenir du GCS qui existera a minima jusque 2025 (date de la dernière échéance de remboursement des obligations émises).

# Entretien avec Madame B, responsable du marché Santé à la Direction des Marchés Secteur Public Local à La Banque Postale

Disposez-vous d'une enveloppe fermée pour les établissements publics de santé (EPS) ?

Nous octroyons des prêts aux différents établissements sanitaires (ESPIC, EPS, ESMS). Nous ne sommes pas limités en montant dans l'octroi de crédit. Nous cédon la plupart de nos créances (uniquement celles des hôpitaux publics, pas celles des ESPIC ni celles des ESMS) à la SFIL (convention de cession avec des critères de risques) quelques mois après l'octroi du prêt donc les créances hospitalières ne restent pas dans notre bilan.

En 2019, nous possédions 27% de la part du marché de financement des établissements sanitaires (sources : Observatoire Finance Active 2020) (obligations et crédits bancaires) et 56% de la part de marché dans le financement bancaire ; cela représente environ 500 à 600 millions d'euros par an. Nous sommes leaders depuis 2013. Nos concurrents sont les caisses du Crédit agricole et de la Caisse d'Épargne.

Nous pouvons aussi racheter de la dette mais pour la neutralisation des prêts structurés, la SFIL travaille directement avec les EPS puisqu'elle possède cette compétence.

La Caisse des Dépôts propose aussi de l'octroi de crédit mais sur des projets de 30 ans minimum quand nous prêtons à 15-20 ans.

Les EPS démarchent-ils les banques ou l'inverse (appétence des banques envers la dette hospitalière) ?

Les EPS savent que nous existons et que nous avons une appétence envers leur dette. Nous essayons de nous inscrire dans un accompagnement de long terme et une relation de confiance, des publications par la direction des études, des rencontres régulières avec la FHF et la DGOS. Notre réseau commercial fait valoir notre expertise auprès des EPS mais ces derniers nous connaissent déjà la plupart du temps. Si nous ne sommes pas toujours les plus compétitifs en termes de taux, notre accompagnement peut parfois faire la différence.

Comment attribuez-vous un crédit et comment faites-vous l'analyse du risque ?

L'analyse du risque se fait en fonction des documents financiers des EPS (EPRD, PGFP validés par l'ARS), voire de la stratégie (projet d'établissement). Nous analysons aussi les EPS à la lumière des ratios financiers habituels (CAF, marge brute), dont certains ont une valeur officielle (décret 2011).

Notre analyse est basée sur les 3 dernières années. Le montant d'engagement est fixé par la direction des risques de la banque après le travail d'analyse.

Lors de la crise sanitaire de 2020, nous avons proposé des lignes de trésorerie à taux d'intérêt 0% aux EPS pour répondre à leurs besoins urgents de trésorerie.

Faites-vous des taux différenciés selon les hôpitaux ? Fixes ou variables ? Jusqu'à quel niveau en charte Gissler pouvez-vous descendre ?

Depuis que La Banque Postale a repris une partie des activités de Dexia, l'appétence au risque a beaucoup diminué. Nous avons tiré les leçons de la crise de 2007-2008. Nous commercialisons des produits A1 (charte Gissler) uniquement.

Nous pouvons effectivement proposer des taux variables (ESTER +BP ou EURIBOR + BP) mais les EPS privilégient le taux fixe vu la faiblesse des taux actuels.

Identifiez-vous des types d'EPS (ex : CHU ou CH de ville moyenne) en meilleure santé financière que d'autres ?

Il n'existe pas de typologie dans les EPS. La disparité des situations financières se constate à tous les échelons d'EPS.

Aidez-vous des hôpitaux à émettre des obligations sur les marchés ? Sinon, souhaiteriez-vous le faire (si vous le pouvez) ?

Nous commençons à proposer un accompagnement dans cette démarche (moyennant le paiement d'une commission). Notre intérêt est d'améliorer la situation financière des EPS et le financement obligataire est souvent complémentaire du financement bancaire donc il ne diminue pas notre part de marché. Toutefois le recours aux financements obligataires reste limité en nombre de clients (APHP, HCL, CHU de Lille).

La dette hospitalière est-elle éligible aux ratios réglementaires de liquidité et de fonds propres des banques (CET1, AT1 ou AT2) ?

Les créances hospitalières sont considérées comme du risque souverain. Elles ne consomment donc pas de fonds propres, d'où l'absence d'enveloppe fermée pour l'octroi de crédit.

La faiblesse des taux actuels est-elle un problème pour rentabiliser vos coûts de structure ?

La faiblesse des taux actuels a peu de conséquence sur la rentabilité bancaire compte tenu d'un adossement systématique des financements sur les marchés pour cette clientèle. La Banque Postale prend ainsi sa marge de financement et n'utilise pas la liquidité de ses dépôts.

## **Entretien avec Madame C, travaillant à la direction des marchés de l'économie publique de la Société Générale**

Disposez-vous d'une enveloppe fermée pour les EPS ?

Oui (chiffres non communicables).

Cette enveloppe comprend aussi les opérations dites de « derisking » mises en place par la salle des marchés pour mettre fin aux emprunts structurés des hôpitaux ; l'objectif étant de faire remonter ces emprunts en haut de « charte Gissler », comme la Loi le demande à toutes les banques.

Les EPS viennent-ils voir les banques ou l'inverse (appétence des banques envers la dette hospitalière) ?

Le financement des hôpitaux publics est étudié à la demande des EPS, il n'y a pas de démarche systématique des banques.

Ce sont donc plutôt les hôpitaux publics qui font la démarche de venir voir la banque.

Comment attribuez-vous un crédit et comment faites-vous l'analyse du risque ?

La banque demande les comptes sociaux et le dernier EPRD. Elle s'appuie également sur les ratios ARS pour analyse et si besoin est, l'accord de l'ARS peut être demandé avant de contracter un emprunt (quand certains ratios ne sont pas respectés par l'EPS)

Identifiez-vous des types d'hôpitaux en meilleure santé financière que d'autres ?

Généralement, les hôpitaux des grandes métropoles apparaissent en meilleure santé financière. Néanmoins les situations restent très différentes d'un établissement à l'autre.

Aidez-vous des hôpitaux à émettre des obligations sur les marchés ?

Cela peut être étudié sur des structures de taille importante qui disposent de l'expertise financière nécessaire en interne pour être en mesure d'intéresser les marchés de dettes.

Faites-vous des taux différenciés selon les hôpitaux ?

Non, les taux sont fonction de la situation du marché à un moment donné. La Banque propose des emprunts fixes ou variables (dans ce cas ils sont indexés sur l'EURIBOR).

La dette hospitalière est-elle éligible aux ratios réglementaires de liquidité et de fonds propres des banques ?

La dette hospitalière est traitée dans le bilan des établissements bancaires comme un risque souverain

La faiblesse des taux actuels est-elle un problème pour rentabiliser vos coûts de structure ?

Non, la rentabilité n'est pas le seul sujet. En effet, le financement d'un hôpital public peut aussi être considéré favorablement à la lumière de nos engagements en matière de RSE (Responsabilité Sociale et Environnementale).

DISCLAIMER Les réponses aux questions de l'EHESP ont été préparées par l'équipe de la Direction des Marchés de l'Economie Publique de la Société Générale à Paris. Le contenu de ce document reflète les conclusions de son (ou ses) auteur(s) et non nécessairement celles de SG ou des sociétés de son groupe. Les informations contenues dans le présent document ainsi que les opinions qui y sont exprimées ont été obtenues ou sont données sur la base de sources considérées comme fiables mais SG ne donne aucune garantie en ce qui concerne leur exactitude ou leur exhaustivité. Société Générale est un établissement de crédit (banque) français agréé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

CURTI	Laurent	Décembre 2021
<b>Directeur d'Hôpital</b> Promotion 2021		
<b>L'endettement des établissements publics de santé  et le cas du Groupe Hospitalier Seclin Carvin</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Le financement de l'activité des établissements publics de santé est assuré principalement par le mécanisme de la T2A qui comporte des défauts dans le calcul des tarifs. Ce problème, associé à la contrainte d'une enveloppe limitée qu'est l'ONDAM, diminue la possibilité de dégager une marge suffisante pour investir. Ce constat est d'autant plus fort que l'obligation de service public ne permet pas de se concentrer sur les activités les plus rentables.</p> <p>De plus, les investissements entrepris avec les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont considérablement augmenté l'endettement des établissements alors même que la pertinence des investissements n'était pas toujours constatée. Cet état de fait a eu pour conséquence une diminution de l'accès au crédit et une augmentation des charges financières pour les établissements les plus endettés, compromettant leur capacité à investir pour l'avenir.</p> <p>Enfin, les aides proposées par les ARS pour investir sont sujettes à deux facteurs exogènes : la correspondance entre investissement prévu par l'établissement et projet régional de santé, le cycle électoral.</p> <p>Néanmoins, les perspectives concernant l'endettement des établissements publics de santé montrent une amélioration de leur situation. Premièrement, les modalités de financement évoluent tandis que les coopérations avec la médecine de ville permettront de diminuer la centralité des hôpitaux dans l'offre de soins, permettant aux établissements de dégager la marge nécessaire pour investir. Deuxièmement, la politique monétaire accommodante de la BCE depuis une dizaine d'années permet aux établissements de réemprunter à taux d'intérêts plus faibles, diminuant les charges financières à endettement constant. Enfin, des solutions existent pour investir sans s'endetter : location, paiement à l'acte, mise à disposition.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Endettement, T2A, tarifs, marge, ONDAM, investissement, médecine de ville, CAF, emprunt, politique monétaire.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		