



HAL
open science

L'endettement des établissements publics de santé

Anne Mathieu

► **To cite this version:**

Anne Mathieu. L'endettement des établissements publics de santé. Sciences pharmaceutiques. 2014.
dumas-01196700

HAL Id: dumas-01196700

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196700>

Submitted on 10 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2014

Thèse n°

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par MATHIEU Anne

Née le 20 octobre 1988 à Bayonne

Titre de la thèse

**L'ENDETTEMENT DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Directeur de thèse

Mme OHAYON Céline

Membres du jury

Mme OHAYON Céline
Mme BAUMEVIEILLE Marie
M. JOAN-GRANGE Arnaud

Maître de Conférences, Pharmacien
Maître de Conférences, Pharmacien
Directeur adjoint de l'Offre de soins
et de l'Autonomie à l'ARS Aquitaine

Président
Membre
Membre

Remerciements

A mon Directeur de Thèse, Mme Céline OHAYON, pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous prie de bien vouloir recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mme Marie BAUMEVIEILLE pour avoir accepté d'être membre du jury et pour sa disponibilité.

A M. Arnaud JOAN-GRANGE pour avoir accepté d'être membre de mon jury et pour son aide.

Au bureau PF1 du Ministère de la Santé pour m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce stage. A Hugo Gilardi pour sa disponibilité, à Pierre-Hugues et Jean-Baptiste pour m'avoir donné la chance de monter en compétence sur le sujet de la dette, à Claire pour m'avoir donné son opinion avisé sur différentes thématiques et pour les séances de sport et les moments de shopping que nous avons partagés et enfin Yann pour sa gentillesse et pour avoir toujours pris le temps de m'expliquer les différentes notions.

A mes parents pour leur amour et leur soutien sans limite dans les choix que j'ai pu faire, notamment dans ma décision de changement d'orientation professionnelle et dans les nouvelles épreuves associées. Merci de m'avoir permis de m'épanouir.

A mon Crapaud pour son amour et sa générosité. A Julia pour sa gentillesse. Et à Max pour tout le bonheur qu'il nous apporte.

A ma famille pour tous les moments partagés (Lalawe, Jer, Seb, Aurélie, Antoine, Alizée, Alexia, Bobo, Marie et Lou).

A Françoise, Ludo et Josée pour leur affection et pour m'avoir guidée dans mes décisions.

A Jonathan pour m'avoir permis d'accomplir mon ambition professionnelle et pour m'avoir aidée à construire ma vie d'adulte.

A tous mes amis de pharma grâce à qui ces années d'étude ont été exceptionnelles et avec qui je continue de vivre des moments inoubliables : Julie, Bobo, Shalom, Nono, Flo, Loos, Damsy, Anthony, Guess et tous les autres.

A tous mes amis de l'ESSEC avec qui j'ai vécu des moments exceptionnels à Cergy ou à Singapour et qui contribuent à mon épanouissement personnel et professionnel (Capu, Nico, Marion, Big Boy, Momo, Hocine, Olivier, Yohan, Fanny, Zélie, Claire, Flora et tous les autres).

Table des matières

Introduction : du Ministère de la Santé à l'établissement public de santé (EPS)	5
1) Présentation du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé	5
2) La Direction Générale de la Santé (DGS)	6
3) La Direction de la Sécurité Sociale (DSS)	7
4) La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).....	8
a) Présentation de la DGOS	8
i) Introduction	8
ii) Les missions de la DGOS	8
iii) Les moyens d'action de la DGOS	10
iv) Les actions marquantes de la DGOS en 2013	11
v) La structure hiérarchique de la DGOS	12
b) La sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins – Bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés (PF1).....	16
i) La dette	16
ii) Le patrimoine.....	16
iii) L'investissement	16
5) Les établissements publics de santé (EPS)	17
a) Définition	17
b) La gouvernance de l'hôpital public	17
c) Les sources de financement de l'activité des EPS.....	18
i) L'activité financée par l'Assurance Maladie	18
ii) La tarification à l'activité (T2A)	19
iii) Les tarifs appliqués	20
iv) Les postes de dépenses de l'hôpital	21
I- Les enjeux liés à la gestion de la dette dans les établissements publics de santé	23
A) La dette des hôpitaux, une ressource financière nécessaire	24
1) L'investissement	24
2) Le financement de l'investissement	26
3) Les produits de dette bancaire à disposition des établissements publics de santé.....	28
B) Les grandes transformations liées à la dette des hôpitaux sur la dernière décennie	29
1) ODT, un observatoire visant à recenser le volume et la structure de la dette des hôpitaux	29
2) Les résultats 2010 relatifs à la dette des EPS	30
3) Une évolution du volume de dette	31
a) Les intérêts des emprunts : taux d'intérêts et coût des encours	32
i) Les taux d'intérêts.....	32
ii) Le coût des encours	33

b)	La durée de vie résiduelle des encours	34
c)	Les établissements de crédit prêteurs	35
d)	La nature des contrats	35
e)	Le niveau de risque des encours au 31 décembre 2010	37
f)	Le niveau de risque des encours évalué selon la matrice DGOS	39
g)	La répartition du risque par prêteur	41
h)	La modification de la structure de la dette et la dispersion des risques	41
C)	Un contexte d'accès au crédit bouleversé pour les EPS	44
1)	Des conditions d'octroi de crédit impactées par des composantes historiques et économiques	44
a)	L'âge d'or du crédit	44
b)	A partir de 2007, un contexte financier difficile	44
c)	L'accès au financement des EPS	45
2)	Encadrement réglementaire et législatif de la souscription de nouveaux emprunts	46
II-	Les démarches mises en œuvre par les instances de tutelle	52
A)	Les solutions proposées pour la gestion du stock actuel de dette des EPS	52
1)	La mise en place d'un accord-cadre	52
2)	Le recours à la médiation	53
3)	La formation des directeurs d'hôpitaux à la gestion des emprunts structurés	54
4)	Un soutien financier assuré par le Ministère de la Santé	56
B)	Des solutions de financement alternatives à l'emprunt	57
1)	L'émission obligataire	58
2)	Le billet de trésorerie	60
3)	Une gestion mutualisée de l'ensemble des établissements publics de santé	62
4)	La mise en place d'un dispositif généralisé d'avance de trésorerie	64
5)	Des solutions intermédiées	64
III-	La place des médicaments dans la gestion financière hospitalière	66
A)	Le médicament : deuxième poste de dépenses à l'hôpital	66
1)	Augmentation des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital	66
a)	Les coûts directs liés aux achats de médicaments par l'hôpital	66
b)	Les coûts associés aux erreurs médicamenteuses	68
2)	La gestion des achats par la Pharmacie à Usage Intérieur	69
a)	La situation actuelle	69
b)	Pistes d'optimisation de la gestion	70
	Conclusion	73
	Bibliographie	74
	Annexes	76

Introduction

Du Ministère de la Santé à l'établissement public de santé (EPS)

1) Présentation du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Le Ministère de la Santé a un rôle de tutelle vis-à-vis du secteur hospitalier français. Sous le gouvernement de François Hollande, il est rattaché au Ministère des Affaires Sociales. Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé est le département ministériel du gouvernement français chargé des questions relatives aux affaires sociales, à la solidarité et à la cohésion sociale, mais également à la santé publique et à l'organisation du système de soins.

D'un point de vue historique, le ministère de la Santé est issu du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale mis en place le 13 juillet 1920, à partir de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique. Cette direction dépendait alors du Ministère de l'Intérieur et de la Direction de la Prévoyance sociale rattachée au Ministère du Travail depuis sa création en 1906. La loi du 4 avril 1930 prévoit alors l'institutionnalisation du Ministère de la Santé publique.

De 1934 à 1936, son appellation devient « Ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique ». Durant la Seconde Guerre Mondiale, l'institution est rattachée à celle de la Famille et disparaît pendant une certaine période.

A la fin de la guerre, en 1946, il fusionne avec le Ministère de la Population et devient « Ministère de la Santé publique et de la Population ».

En 1956, la dénomination évolue à nouveau vers le «Ministère des Affaires sociales », ce qui lui permet de se voir octroyer les attributions relatives à la Sécurité sociale, auparavant rattachées au Ministère du Travail. Les missions sanitaires n'ont pas toujours été rattachées au Ministère de la Santé (d'un point de vue strictement sémantique) au cours de la V^{ème} République. Ainsi, elles ont pu dépendre des « Affaires sociales » ou de la « Solidarité ».

Marisol Touraine est depuis le 16 mai 2012 la ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Michelle Delaunay en charge des Personnes Agées et de l'Autonomie, Dominique Bertinotti en charge de la Famille et Marie-Arlette Carlotti chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion sont ses trois ministres déléguées. Mme Touraine exerce en tant que Ministre des Affaires Sociales et de la Santé dans le gouvernement Jean-Marc Ayrault.

Depuis le 26 août 2014, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé est devenu le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (Najat Vallaud-Belkacem était son prédécesseur sur les missions relatives aux Droits des femmes).

Depuis le 9 avril 2014, Laurence Rossignol et Ségolène Neuville sont secrétaires d'Etat auprès de Marisol Touraine respectivement chargées de la Famille, des Personnes Agées et de l'Autonomie ; et des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion.

Sous la Présidence de François Hollande, Marisol Touraine a été en charge des questions relatives à la Santé, aux Affaires Sociales et désormais aux Droits des Femmes sous les gouvernements Jean-Marc Ayrault I et II puis Manuel Valls I et II.

Du 16 mai 2012 au 26 août 2014, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a autorisé sur :

- La Direction Générale de la Santé (Santé) (DGS)
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (Santé) (DGOS)
- La Direction de la Sécurité Sociale (Santé) (DSS)
- La Direction Générale de la Cohésion Sociale (Affaires Sociales) (DGCS)
- La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Affaires Sociales) (DREES)

2) La Direction Générale de la Santé (DGS)

La Direction Générale de la Santé est constituée de deux services :

- Le service des politiques de santé ;
- Le service des politiques d'appui au pilotage et de soutien (secrétariat général).

Le Directeur Général de la DGS se voit rattacher un cabinet, un département des urgences sanitaires, une mission des affaires européennes et internationales et une mission de l'information et de la communication.

La mission du Directeur Général de la Santé est de diriger et coordonner les deux services de la DGS. Il est assisté, dans l'exercice de ses fonctions, de deux chefs de service qui assurent, sous son autorité, la coordination de l'activité des services et sont chargés respectivement de la responsabilité du service des politiques de santé et du service des politiques d'appui au pilotage et de soutien.

La mission générale du service des politiques de santé est de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer la politique de santé pour préserver et améliorer l'état de santé général de la population au travers de la promotion de la santé et des actions de prévention. Il veille à la qualité et à la sécurité du système de santé et des pratiques ainsi qu'à son égal accès. Il assure une mission de prospective en santé publique et de programmation de la recherche.

Le service des politiques d'appui au pilotage et de soutien conçoit, pilote et met en œuvre les politiques transversales d'appui au pilotage et de soutien des politiques de santé. Il promeut et coordonne le pilotage stratégique des établissements et organismes relevant de la responsabilité de la direction. Il est chargé de l'ensemble des fonctions de soutien visant à fournir à la direction les ressources et les appuis méthodologiques nécessaires à son activité. Il est responsable de la qualité du droit pour la direction et de la gouvernance de systèmes d'information de santé. Il assure la synthèse et la mise en cohérence des fonctions de contrôle de gestion, de contrôle interne et d'animation de réseaux.

3) La Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

La direction de la Sécurité Sociale est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité sociale. Elle est ainsi responsable des questions relatives à l'assurance maladie, aux accidents du travail et maladies professionnelles, à la retraite, à la famille, à la dépendance, au financement associé et à la problématique de la gouvernance. La DSS est également rattachée au ministère de l'Economie et des Finances.

La DSS est l'organisme de tutelle pour l'ensemble des organismes de Sécurité sociale, caisses du régime général, caisses du régime de base des professions indépendantes autres qu'agricoles, ou caisses des régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité et travaille en interface avec ces organismes.

La DSS veille à assurer l'adéquation des prestations de Sécurité Sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à respecter l'équilibre financier des régimes.

La DSS assure un pilotage financier et juridique de la Sécurité Sociale mais elle joue également un rôle de tutelle vis à vis des différents organismes constitutifs.

- **Le pilotage des finances sociales**

La Direction de la Sécurité Sociale élabore la politique de financement des différents régimes de la sécurité sociale et en assure le suivi financier.

Elle assure le pilotage financier des recettes et des dépenses de la Sécurité sociale. Elle prépare les lois de financement de la Sécurité sociale et en assure leur mise en œuvre. Elle coordonne également le dispositif de certification des comptes des régimes de Sécurité Sociale (depuis 2006 pour le régime général et 2008 pour les autres régimes obligatoires de base).

- **Le pilotage juridique**

La DSS est en charge de la réglementation de la Sécurité sociale inscrite dans le code de la Sécurité sociale.

Elle définit également les politiques publiques relatives aux prestations familiales et à la couverture des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse.

- **Rôle de tutelle et pilotage des organismes de Sécurité Sociale**

La DSS pilote les organismes de Sécurité sociale, qui constituent, pour le régime général, un réseau de 4 caisses nationales, de 311 organismes de base et de l'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (UCANSS). Cette dernière a pour principal objectif d'assurer des tâches d'intérêt commun pour les caisses nationales : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) et l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité sociale (ACOSS).

La DSS négocie et assure la mise en œuvre des 17 conventions d'objectifs et de gestion, qui depuis 1996, ont introduit une démarche de performance dans la gestion de la Sécurité sociale.

La DSS participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de mutualité.

4) La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

a) Présentation de la DGOS

i) Introduction

La Direction Générale de l'Offre de Soins est une direction générale du Ministère de la Santé. Elle se substitue depuis le 16 mars 2010 à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

L'organisation de cette direction s'inscrit dans le cadre de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) et de la réforme de la gouvernance du système de santé, favorisée par la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elle témoigne d'une approche globale de l'offre de soins, depuis la médecine de premier recours jusqu'aux soins de suite, en passant par les soins aigus hospitaliers ou ambulatoires et l'hospitalisation.

La DGOS est un membre actif du conseil national de pilotage des ARS, sous la direction du secrétaire général des ministères sociaux. La DGOS adopte un positionnement fort avec un rôle de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation dans son domaine de compétence élargi.

Les trois objectifs majeurs de la DGOS sont les suivants :

- 1- Promouvoir une approche globale de l'offre de soins.
- 2- Assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers.
- 3- Garantir l'efficience et la qualité des structures de soins.

La DGOS doit relever de nombreux défis dont :

- Le vieillissement de la population intrinsèquement lié au développement de maladies chroniques et aux questions de la dépendance ;
- L'intégration de progrès techniques majeurs qui nécessitent de repenser l'organisation des soins, afin d'en améliorer la qualité et la sécurité ;
- La gestion des problèmes démographiques pour certaines professions de santé ;
- Les problématiques associées aux évolutions des attentes relatives aux soins de la part des usagers et de leurs familles.

ii) Les missions de la DGOS

La DGOS a plusieurs missions :

• **L'organisation des soins :**

- L'organisation des soins de premiers recours et l'assurance de la permanence des soins en ville et en établissement de santé ;
- Le développement de nouvelles prises en charge telles que la télémédecine, la coopération entre les établissements de santé et les professionnels, la part croissante de la prise en charge des patients par une chirurgie ambulatoire, etc. ;
- L'organisation de prises en charge spécifiques, concernant notamment les personnes en situation de handicap, les personnes dépendantes ou encore les détenus ;
- Le déploiement de coopérations sanitaires avec des états étrangers.

- **Le financement des établissements de santé et son évolution :**

- La détermination du financement de l'offre de soins et le pilotage de la campagne budgétaire des établissements de santé ;
- L'évolution des modèles de financement, notamment par la tarification à l'activité et les Missions d'Intérêt Générales et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) ;
- La supervision de la situation financière des établissements de santé et de leurs conditions de recours à l'emprunt. La DGOS assure un rôle de tutelle compte tenu du principe d'autonomie des établissements publics de santé ;
- Le pilotage de la gouvernance et de la performance médico-économique des établissements de santé ;
- La détermination de la politique de qualité et de sécurité des soins ;
- Le soutien à la recherche et à l'innovation ;
- Le pilotage de plans et de programmes nationaux et notamment :
 - Les systèmes d'information hospitaliers (hôpital numérique) ;
 - Les achats hospitaliers (PHARE) ;
 - La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) ;
 - Le patrimoine immobilier.

- **La valorisation des professionnels et la promotion des métiers de santé :**

- Le pilotage de la démographie des professionnels, de leur répartition sur le territoire et des aides à l'installation ;
- La définition des dispositifs, des contenus, du financement des formations, mais également l'organisation de la formation tout au long de la vie des professionnels ;
- La conception des référentiels d'activités et des référentiels des compétences des métiers de la santé ;
- L'organisation du dialogue social hospitalier et de la qualité de la vie au travail, et la définition des statuts et des carrières hospitalières.

iii) Les moyens d'action de la DGOS

Pour faire face à ces différents enjeux, la DGOS dispose de plusieurs instruments :

- Financiers :

La DGOS pilote l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier, avec une enveloppe de 74 Md€ pour 2012, soit 43% de l'ONDAM voté par le Parlement. En 2013, l'enveloppe s'élève à 76,2 Md€ hors champ régulé ; cette augmentation correspond à 1,9 Md€ de moyens budgétaires supplémentaires. Pour information, en 2013, on note qu'une grande importance a été attachée à la préservation des moyens alloués aux établissements participant aux missions d'intérêt général (la progression des MIGAC est de +2,31% par rapport aux réalisations 2012).

Pour 2011, la consommation de soins hospitaliers s'est élevée à 83,6 Md€ soit 46,4% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) totale.

La Tarification à l'Activité (T2A), mise en place à partir de 2004 comme outil de financement de tous les établissements de santé, publics ou privés, a constitué une réforme majeure et structurante. La souplesse de cette tarification permet un pilotage fin de la régulation financière des activités hospitalières.

La DGOS a pour rôle d'en assurer le pilotage prospectif. Il est donc nécessaire d'évaluer les besoins futurs à satisfaire afin d'anticiper les projets médicaux et les plans d'investissement. Cette démarche s'inscrit dans une recherche d'efficacité médico-économique des organisations hospitalières.

- Economiques:

La Tarification à l'Activité permet un pilotage fin de l'allocation des ressources au service de la modernisation de l'offre hospitalière. En effet, si la tarification à l'activité ne peut, à elle seule, déterminer la performance, elle constitue le seul système de financement capable de révéler les qualités et les limites des stratégies et des gestions hospitalières.

- Sociaux:

En 2012, le système de santé emploie environ 1,8 million de personnes dont près de 350 000 personnels médicaux. L'attractivité des métiers de la santé et la répartition la plus équilibrée sur le territoire constituent des enjeux majeurs pour la DGOS.

iv) Les actions marquantes de la DGOS en 2013

D'un point de vue pratique, la DGOS a mené un certain nombre d'actions marquantes au cours de l'année 2013 dont notamment :

- La mise en œuvre des engagements du pacte territoire santé :
 - 750 structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé) ont été recensées sur le territoire ;
 - 180 praticiens territoriaux de médecine générale installés ;
 - un accès renforcé aux soins urgents en moins de 30 minutes ;
 - l'essor de la télémédecine.
- Les travaux du comité de performance et de modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers et du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) ;
- Le renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients avec des travaux sur la pertinence des soins. On peut citer comme exemple une progression dans le domaine des césariennes. 20% des maternités se sont engagées pour optimiser leurs pratiques.
- Le développement de la chirurgie ambulatoire par une politique tarifaire incitative dans les établissements de santé (42,7% des actes ont été réalisés en chirurgie ambulatoire en 2013 contre 37,8% en 2010) ;
- Le déploiement de la santé numérique avec le pilotage de grands programmes comme Hôpital numérique et Territoire de soins numérique ;
- L'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé et de leur installation en secteur ambulatoire, prioritairement dans des territoires isolés ;
- Une meilleure lisibilité des droits des usagers avec la publication d'un guide pratique en collaboration avec le défenseur des droits et la labellisation de projets régionaux exemplaires.

v) La structure hiérarchique de la DGOS

La Direction Générale de l'Offre de Soins est composée de **trois sous-directions** :

- **La sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R) :**

Cette sous-direction est responsable des politiques de l'offre de soins. Elle propose les objectifs au vu des besoins de soins à satisfaire et compte tenu de l'offre médico-sociale. Elle conçoit les modalités de prise en charge sanitaire globale et continue des patients et promeut le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète (ex : le recours accru à l'hôpital de jour).

- **La sous-direction des ressources humaines du système de santé (RH) :**

La sous-direction RH a pour mission essentielle de veiller à l'adéquation des ressources humaines du système de santé aux besoins actuels et futurs de la population mais aussi d'orienter et d'animer les politiques RH, de contribuer à la valorisation et à l'amélioration des pratiques, pour une pleine reconnaissance du rôle des professionnels de santé.

- **La sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF) :**

La sous-direction PF veille à l'emploi optimal des ressources de toute nature dont disposent les offreurs de soins, ainsi que les conditions de leur efficacité médico-économique. Dans ce cadre, elle propose les politiques et évalue le résultat des actions menées sur le champ de la performance.

La sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins s'articule elle-même autour de quatre bureaux et d'une mission :

- **Le bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés (PF1) :**

Le **bureau PF1** accompagne la modernisation et l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé publics et privés. Son champ d'intervention est relatif à l'organisation interne et à la gouvernance des structures publiques, la comptabilité analytique appliquée aux établissements, les règles budgétaires et comptables, la facturation, les contrats de retour à l'équilibre financier, la gestion du patrimoine hospitalier. PF1 est également responsable de l'exécution des plans d'investissement, dont Hôpital 2012.

- **Le bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2) :**

Le **bureau PF2** définit, en matière de qualité et de sécurité des soins, les exigences de l'Etat vis-à-vis des offreurs de soins, y compris les professionnels exerçant en ville. Via le respect des normes et des bonnes pratiques, il promeut la mise en œuvre et le suivi des dispositifs, des règles et des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins dans les structures de soins. Il est également en charge de l'accès et du bon usage des produits de santé au sein de ces structures.

- **Le bureau des coopérations et des contractualisations (PF3):**

Le **bureau PF3**, qui valorise les coopérations et les mutualisations sanitaires, conçoit de manière innovante, les cadres juridiques et financiers de ce type de structures. Il accompagne les ARS dans le choix des outils et évalue ces modèles avec elles.

- **Le bureau de l'innovation et de la recherche clinique (PF4):**

Le **bureau PF4** contribue au fonctionnement optimal de l'organisation hospitalo-universitaire et de la recherche, en participant à l'élaboration de ses missions et en optimisant l'organisation des établissements dans ce domaine.

La mise en œuvre des programmes de recherche clinique encourage les techniques innovantes et améliore les connaissances médicales et la performance clinique. Cela permet également d'en évaluer l'impact médico-économique sur le système de soins.

- **La mission « Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins » :**

Elle appuie de manière transversale tous les bureaux de la direction afin d'évaluer la performance des systèmes d'information des offreurs de soins et d'articuler ces sujets entre la DGOS et les autres directions du ministère, les ARS et ses partenaires.

b) La Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins - Bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)

Les sujets dette, investissement et patrimoine des établissements publics de santé sont des sujets interdépendants et intrinsèquement liés. Ces thématiques sont par conséquent abordées en équipes pluridisciplinaires.

i) La dette

Il s'agit de superviser au niveau national les problématiques liées à la gestion de la dette des établissements publics de santé. Ainsi, il est nécessaire de superviser la situation financière des établissements et notamment de ceux qui sont le plus en difficulté. Les EPS dont la situation financière est la plus dégradée sont reçus en Comité des Risques afin d'établir un bilan et de définir les mesures à mettre en œuvre afin d'améliorer les résultats.

Des études macroéconomiques sont également menées afin d'avoir une vision d'ensemble de la situation économique de l'ensemble des EPS. Les données recueillies et analysées permettent d'estimer l'évolution des grands agrégats dans le temps.

ii) Le patrimoine

La gestion du patrimoine hospitalier fait partie des leviers de la performance. L'un des aspects consiste à faire l'inventaire de l'ensemble du patrimoine des EPS via notamment la mise en place de l'outil Ophélie (outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé, législation, indicateurs, environnement). Un autre consiste à superviser les grands projets immobiliers qui se mettent en place dans les différents établissements et à accorder les crédits en conséquence.

iii) L'investissement

Les pouvoirs publics ont mis en place plusieurs projets d'investissement tels que Hôpital 2007, Hôpital 2012 ou encore le PRISM. Le pôle investissement est lié au pôle endettement dans la mesure les EPS souscrivent des emprunts à long terme afin de financer des projets d'investissement.

Le pôle investissement a vocation à sélectionner les projets et à leur allouer des tranches de financement.

5) Les établissements publics de santé (EPS)

a) Définition

Le Ministère de la Santé, au travers de la Direction Générale de l'Offre de Soins et du bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés joue un rôle de tutelle vis-à-vis de la gestion financière et notamment de la dette des établissements publics de santé (EPS).

En France, un établissement public de santé (EPS) est un type particulier d'établissement public défini par le législateur en vertu de l'article 34 de la Constitution. Le statut et la mission des EPS sont fixés par le livre IV de la sixième partie du code de la santé publique.

Le ressort des établissements publics de santé peut être selon le cas communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont soumis au contrôle de légalité assuré, sauf exception, par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La mission première d'un EPS est d'assurer un service de soins, que ces derniers soient curatifs ou palliatifs. Le soin peut s'accompagner d'un hébergement, il s'agit alors d'une hospitalisation mais il peut également être réalisé en hôpital de jour.

L'EPS se différencie d'un établissement de santé privé dans la mesure où il est responsable des actes médicaux pratiqués par les médecins hospitaliers salariés de l'établissement.

L'EPS a un statut juridique de personne morale de droit public. Il est doté d'une autonomie financière et il est géré par un directeur, assisté d'un directoire, avec le concours d'un conseil de surveillance.

b) La gouvernance de l'hôpital public

Les établissements publics de santé disposent d'une autonomie de gestion mais demeurent sous la tutelle du Ministère de la Santé.

La gouvernance d'un EPS est assurée de la manière suivante :

- **Le conseil de surveillance** a été instauré par la loi HPST et remplace le conseil d'administration. Ses domaines de compétence sont les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Des représentants des collectivités territoriales et des personnels de l'établissement ainsi que des personnalités qualifiées (représentants d'usagers) y siègent. Le président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

- **La commission médicale d'établissement (CME)** constitue l'instance représentative du personnel médical. Elle est composée de représentants des professions médicales élus par leurs pairs et des chefs de pôle. La mission du CME est axée sur la qualité et la sécurité des soins. Le président de la CME est élu pour un mandat de quatre ans, renouvelable une fois. Il est également vice-président du directoire.
- **Le directoire** joue un rôle d'appui et de conseil du directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. L'instance est présidée par le directeur, vice-présidée par le président de la CME. Elle est majoritairement constituée de représentants des corps médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques. Le directoire veille à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'établissement.
- **La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)** constitue un lieu d'information et de dialogue mis en place dans chaque établissement de santé. Cette commission a un rôle d'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades.
- **Le pôle d'activité** constitue le mode d'organisation des différents types d'activité d'un hôpital depuis la loi de 2005, confirmé par la loi HPST de 2009. Cette organisation vise à renforcer le pilotage médico-économique des hôpitaux. Le chef de pôle est un praticien nommé par le directeur, après avis de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique.

c) Les sources de financement de l'activité des EPS

i) L'activité financée par l'Assurance Maladie

La gestion financière des établissements publics de santé (EPS) est atypique et se différencie de celle d'une entreprise classique dans le sens où la provenance des recettes et des dépenses est caractéristique du secteur.

L'assurance maladie finance majoritairement l'activité de l'hôpital. Ce financement provient des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants.

L'assurance maladie est l'une des branches de la sécurité sociale, qui couvre les risques maladie, invalidité, vieillesse, décès, veuvage et maternité.

La loi de financement de la sécurité sociale votée par le Parlement :

- Approuve l'orientation de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs déterminant les conditions générales de son équilibre financier ;
- Prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes de base ;
- Fixe, par branche, les objectifs de dépenses des régimes de base ;
- Fixe l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM).

ii) La tarification à l'activité (T2A)

Le chiffre d'affaires d'un EPS provient principalement de l'Assurance Maladie sur le principe de la Tarification à l'Activité (T2A) mise en place depuis 2005. Elle remplace progressivement le système de dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui était jusqu'alors utilisé. La T2A est un mode de financement basé sur un cadre unique de facturation puis de paiement. A chaque activité de soins est attribué un prix fixé si bien que l'allocation des ressources à l'hôpital se fait en fonction de la nature et du volume d'activités. Ainsi, à partir de 2005, les actes techniques des médecins sont tarifés selon une nouvelle classification, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Une faible part des recettes provient de ce qui est versé par les malades et par leurs mutuelles.

La tarification des séjours hospitaliers est basée sur une classification en groupes homogènes de malades (GHM). Les tarifs pratiqués sont directement liés aux coûts engendrés afin de garantir une allocation neutre des ressources entre activités. Cependant, on constate à l'heure actuelle un écart de près d'1 milliard d'euro entre la neutralité théorique et la tarification effective par la T2A. Cette différence s'explique en partie par un souci de ménager les ressources historiquement allouées aux établissements, analyse difficilement assumée.

La Tarification à l'Activité et la Classification Commune des Actes Médicaux ont été mis en place afin de mieux connaître l'activité de soins et de rémunérer les acteurs du système de santé de manière plus équitable. Ainsi, en ce qui concerne le dernier point, la rémunération sous forme de dotation globale pénalisait les hôpitaux dont la croissance était forte et garantissait un revenu fixe aux structures qui connaissait un manque d'activité. La politique mise en place dès 2005 permet également d'éviter l'introduction de notions de rentabilité dans la pratique des activités de soins et dans la prise en charge des patients.

iii) Les tarifs appliqués :

Ainsi, de manière plus détaillée, les recettes des structures hospitalières proviennent de différents types de facturations.

- **Les tarifs par séjours :**

Pour chaque séjour d'un patient, chaque acte réalisé donne lieu à un résumé d'unité médicale (RUM). L'ensemble des données issues des RUM sont agrégées dans le résumé de sortie standardisé (RSS).

Le RSS prend en compte différents éléments dont le diagnostic principal, les actes opératoires éventuels et les informations relatives au patient (âge, diagnostics associés,...).

Le séjour est alors affecté à un GHM ou Groupe Homogène de Malade.

Pour la tarification, le GHM est traité afin de prendre en compte la particularité de chaque séjour et donne lieu à la définition d'un Groupe Homogène de Séjour ou GHS.

Le GHS fait ensuite l'objet d'une tarification forfaitaire. On compte près de 2 300 GHS.

- **Les tarifs par prestations :**

Certaines prestations font l'objet d'un tarif spécifique telles que les consultations externes, les soins réalisés dans le service des urgences, les prélèvements d'organes ou encore les soins réalisés en hospitalisation à domicile.

- **Les tarifs dits de responsabilité des consommables :**

Certains médicaments particulièrement onéreux et dispositifs médicaux sont classés sur une liste et sont facturés « en sus ».

- **Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) :**

Il s'agit de dotations visant à financer les missions d'enseignement et de recherche, les missions d'intérêt général figurant sur une liste mais également l'aide spécifique et contractualisée aux hôpitaux.

Avec la mise en place de la tarification à l'activité, la notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital. Les pouvoirs publics exercent cependant un contrôle de la gestion financière de la structure hospitalière.

iv) Les postes de dépenses de l'hôpital

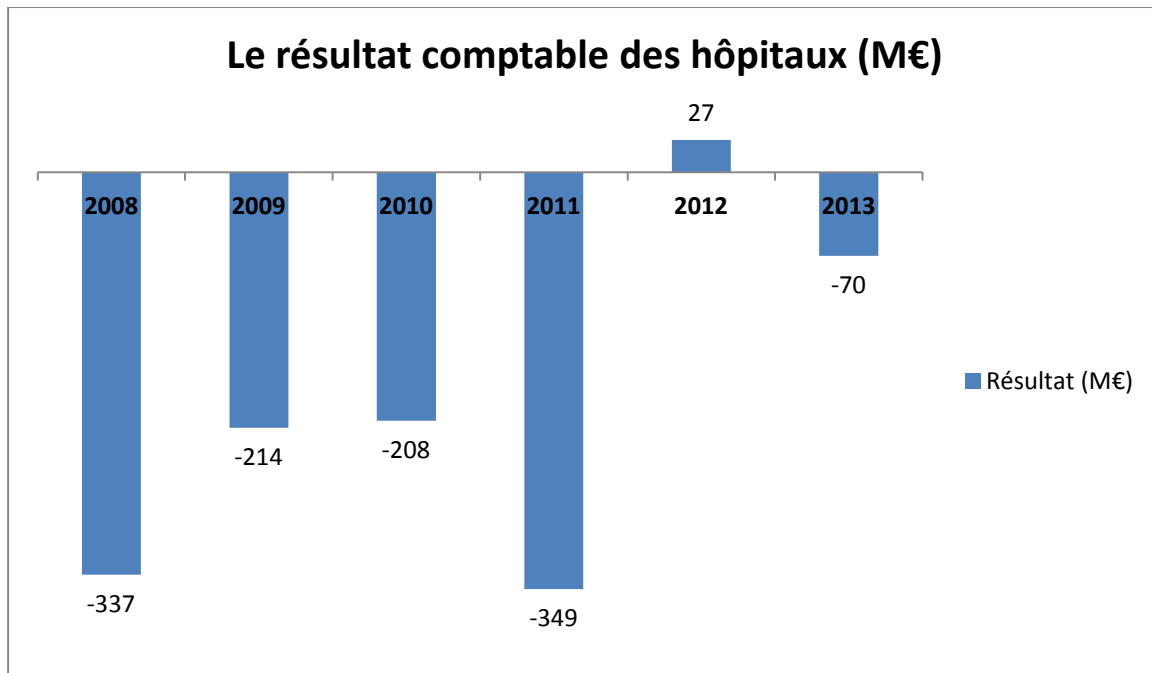
Les dépenses hospitalières françaises représentent 43,6% de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) qui représentait un montant total de €167,1 milliards en 2011. Les deux autres postes de dépenses sont les soins de ville (46,3%) et le médico-social (9,5%). L'ONDAM global a progressé de 4,4% par an entre 2007 et 2012 et celui des établissements publics de santé de 3,8% par an sur la même période. Par conséquent, la maîtrise de cette évolution constitue à l'heure actuelle un enjeu majeur pour le gouvernement.

Les postes de dépenses d'un établissement hospitalier sont les suivants :

- 67% du budget sont consacrés aux charges de personnel ;
- 15% aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux. (Ces derniers ont augmenté de 66% entre 2002 et 2010) ;
- 9% aux autres achats de l'hôpital ;
- 9% aux amortissements et aux frais financiers (bâtiments, matériel...).

Les établissements publics de santé connaissent un déficit qui s'est accru depuis 2007. Si les charges de personnel n'ont pas eu tendance à diminuer sur la période, l'accroissement de l'activité hospitalière permet en partie de limiter ce déficit.

Cependant, les chiffres publiés par le Ministère de la Santé en mai 2014 permettent de constater que les charges de personnel (+2,8%) ont augmenté plus vite que les produits versés par l'Assurance Maladie (+2,2%) sur l'année 2013. Alors que les effectifs hospitaliers restent quasiment stables, la hausse des charges de personnel s'explique par l'augmentation des cotisations patronales pour les caisses de retraite des médecins et des fonctionnaires hospitaliers. De plus, les médecins peuvent, depuis 2013, monétiser une partie de leurs journées de RTT stockées sur des comptes épargne-temps depuis 10 ans.



Par ailleurs, la structure financière des hôpitaux est à l'heure actuelle alarmante avec un niveau de dette globale sur l'ensemble des établissements multiplié par 3 entre 2003 et 2010. Les deux plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012 visant à promouvoir une politique d'investissement hospitalier explique en partie l'accroissement de ce poste de dette.

En quoi la modification de l'environnement financier impacte-t-il les hôpitaux dans la gestion de leur dette ?

I- Les enjeux liés à la gestion de la dette dans les établissements publics de santé

La crise financière qui a débuté en 2008 a largement impacté le paysage bancaire. Ainsi, les conditions d'accès au crédit des EPS ont été modifiées, les marges bancaires ont augmenté et les taux nominaux ont diminué.

Une analyse globale de la dette met en évidence qu'elle constitue à l'heure actuelle **un sujet d'attention particulier** pour les pouvoirs publics pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, la dette des établissements publics de santé (EPS) a crû au cours des années écoulées pour atteindre en 2012 un encours total de dette de près de 22.4 milliards € ;
- Ensuite, au même titre que les collectivités territoriales, les établissements publics de santé (EPS) sont concernés par la question des emprunts structurés. Les emprunts structurés, proposés par les banques au cours des années 2000, peuvent, des années après, comporter un risque de taux non négligeable. Dans certains cas, les mécanismes se sont déjà déclenchés, dans d'autres, la survenue peut être prochaine ;
- Par ailleurs, les hôpitaux rencontrent désormais des difficultés d'accès au crédit bancaire suite à la mise en place en décembre 2010 des règles prudentielles de Bâle III qui visent à réglementer le système financier et bancaire ;
- Enfin, la crise économique rend plus ardente l'exigence d'exploitation équilibrée des hôpitaux. La recherche d'une soutenabilité des investissements et de la dette rend nécessaire une approche globale et prudente de la dette détenue par les hôpitaux. Cette approche doit aller de pair avec les chantiers d'assainissement des cycles d'exploitation et de fiabilisation des comptes, enclenchés par les ministères de la santé, de l'économie et des finances.

Une politique de gestion active de la dette a donc été lancée par la DGOS, afin :

- Pour les nouveaux emprunts, de concevoir un cadre réglementaire adapté au contexte financier et à une politique de gestion prudente de la dette ;
- Pour le stock de dette existant, d'accompagner les hôpitaux dans une démarche de renégociation des emprunts, prioritairement « structurés », un dispositif national formalisé sous la forme d'un accord-cadre a été mis en place. Il propose aux EPS l'appui de cabinets de conseil pour l'audit et la gestion de leur dette.
- Et plus largement de s'assurer de la soutenabilité des nouveaux emprunts, en termes d'investissements et de situation financière.

A) La dette des hôpitaux, une ressource financière nécessaire :

Les hôpitaux ont une structure financière différente de celle d'une société privée. Alors qu'une entreprise a un passif constitué de capitaux permanents (« equity ») et de dettes (généralement à long et court termes), un hôpital a une structure de haut de bilan constituée uniquement de dette.

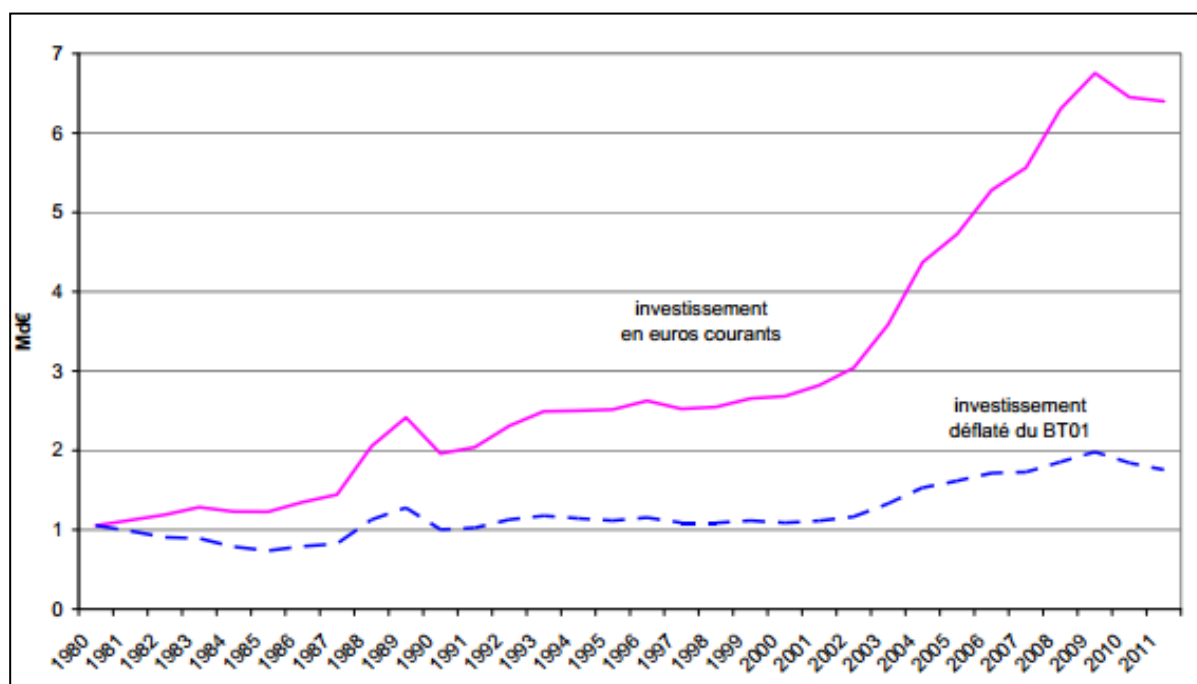
La dette long terme contractée généralement sur une échelle de temps comprise entre 25 et 50 ans vise à financer les actifs de long terme. Ainsi, en théorie, les dettes contractées par l'établissement ont pour objet de financer des projets d'investissements sur une longue période.

L'EPS a également accès à un autre type d'emprunt : les lignes de trésorerie. Il s'agit d'emprunts à court terme répondant à un besoin de liquidités immédiates. L'établissement de santé peut ainsi, en fonction de ses besoins, mobiliser des liquidités jusqu'à un certain seuil, fixé au préalable par la banque. Le contrat de ligne de trésorerie est généralement fixé pour une durée d'un an et est renouvelable à la fin de l'échéance.

1) L'investissement

Jusqu'en 2002, le secteur hospitalier connaissait une période de sous-investissement. Sur une approche temporelle, le montant des investissements se caractérise par la courbe ci-dessous :

Graphique : Investissement total des établissements publics de santé depuis 1980



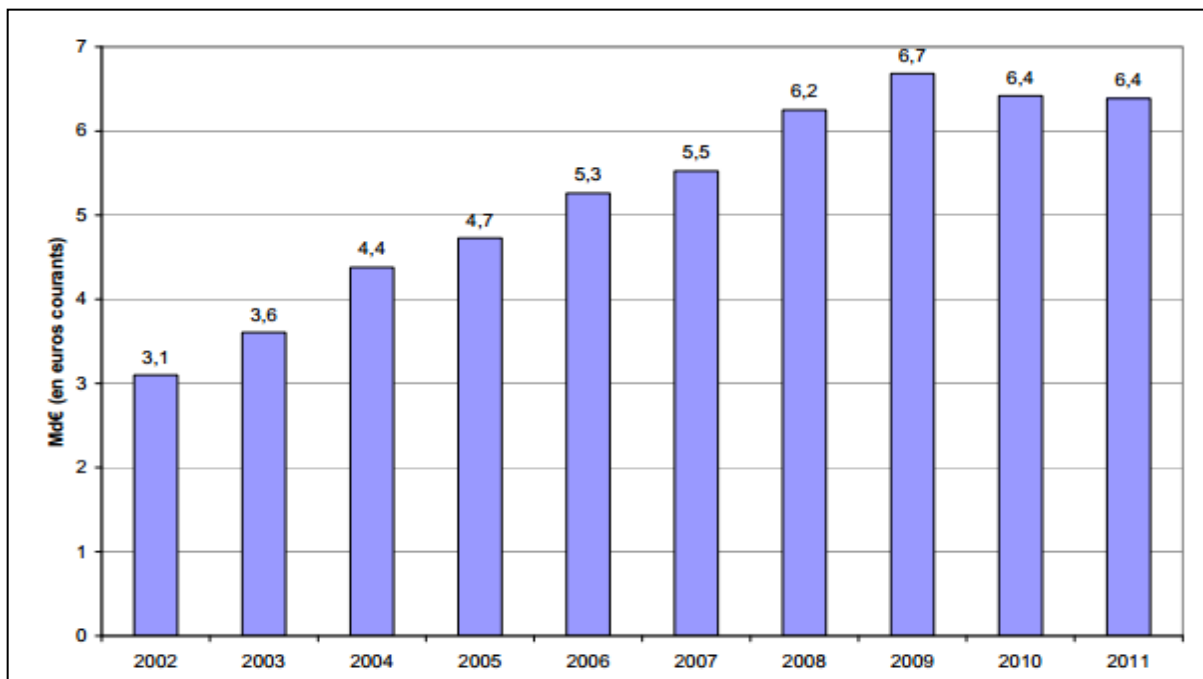
Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 1980-2011 tous établissements publics de santé, transmises par Dexia Crédit Local

Pour faire face à cette politique de sous-investissement, le gouvernement a déployé en 2002 le plan Hôpital 2007 ayant pour objet de relancer l'investissement dans le secteur hospitalier. Le plan Hôpital 2012 (auquel s'ajoute le plan de santé mentale associé au secteur psychiatrique) lui succède.

Le montant des investissements est doublé sur la période 2002-2008 avec un montant passant de €3Mds à plus de €6Mds par an.

Le graphique ci-dessous met en évidence l'évolution des montants alloués à l'investissement hospitalier sur la période 2002-2011 :

Graphique : Total de l'investissement direct des établissements publics de santé



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements publics de santé, transmises par la DREES

€52,3Mds ont été investis sur la période 2002-2011 dont €22Mds provenant des différents Plans Hôpitaux.

L'investissement se décompose de la manière suivante :

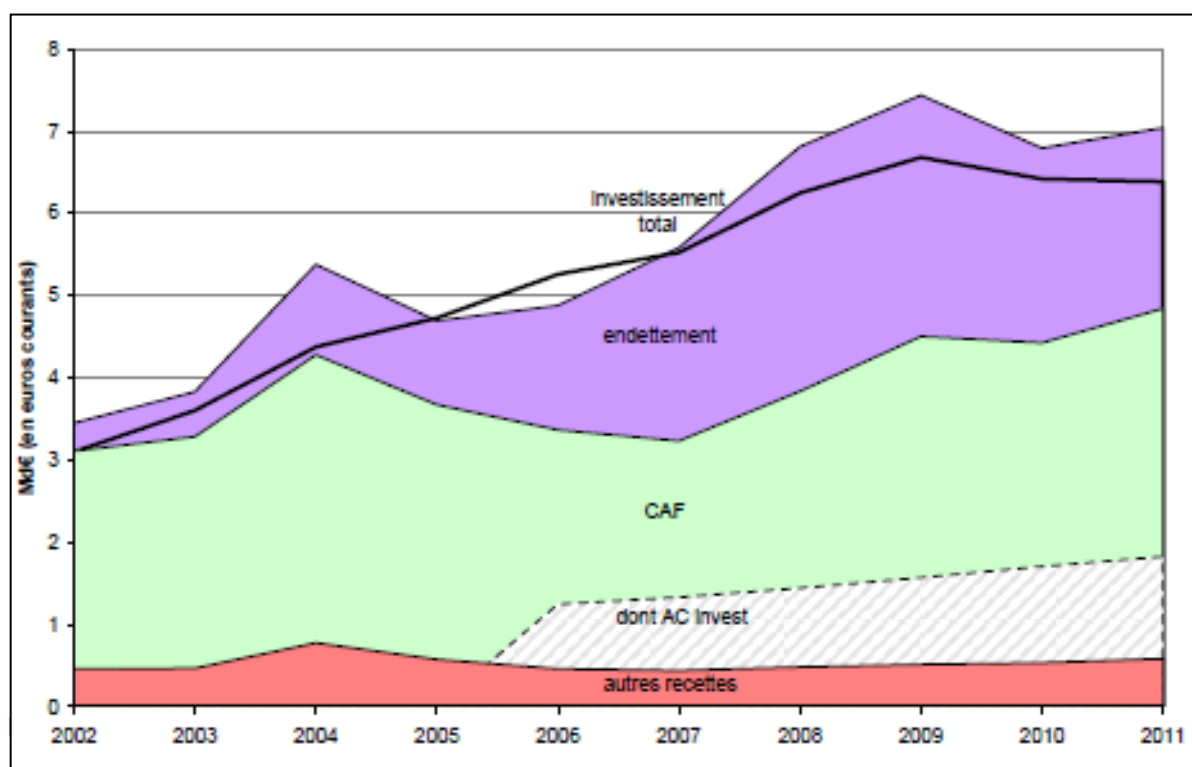
- Les investissements immobiliers qualifiés de lourds constituent une part importante et croissante dans les projets. La part des investissements associés a crû de €1,4Md en 2002 à €4,2Mds en 2009.
- Les équipements bénéficient d'une allocation constante de près d'1Md€ chaque année.
- Les installations nécessitent un investissement qui est passé de €200M en 2002 à €500M en 2009.

2) Le financement de l'investissement

On constate que les plans lancés par les différents gouvernements financent en partie les projets d'investissements, ce qui nécessite le recours à une solution complémentaire : l'endettement. Les hôpitaux ont eu recours à l'endettement à une époque où ils ont pu bénéficier de taux relativement bas et où le niveau de dette dans leur structure financière était limité.

Le financement des établissements publics de santé se décompose de la manière suivante :

Graphique : Financement de l'investissement dans les établissements publics de santé



Source : Calcul IGAS, d'après les données DGFIP, 2002-2011, tous établissements publics de santé, transmises par la DREES

Tableau : Evolution du financement de l'investissement

Unité : Md€ (en€courants)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Investissement	3,1	3,6	4,4	4,7	5,3	5,5	6,2	6,7	6,4	6,4
CAF	2,7	2,8	3,5	3,1	2,9	2,8	3,4	4,0	3,9	4,3
Endettement	0,3	0,5	1,1	1,0	1,5	2,4	3,0	3,0	2,4	2,2

Source : Calcul IGAS, d'après les données DGFIP, 2002-2011, tous établissements publics de santé, transmises par la DREES

L'encours de dette a triplé sur la période 2002-2011 passant de €9,1Mds à 26,1Mds. L'endettement dans la structure financière des hôpitaux est caractérisé de la manière suivante :

Tableau : Evolution de l'endettement et des ratios

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Encours de la dette (Md€, euros courants)	9,1	9,7	10,8	11,8	13,3	15,6	18,6	21,5	24,0	26,1
Poids de la dette (encours/produits)	19%	19%	20%	21%	23%	27%	30%	34%	37%	39%
Durée apparente de la dette	3,5	3,4	3,1	3,8	4,6	5,6	5,5	5,4	6,2	6,1

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFiP, 2002-2011, tous établissements publics de santé, transmises par la DREES

On constate que le poids de la dette, tenant compte des encours par rapport aux produits, est multiplié par 2 sur la période 2002-2011. La durée apparente de la dette double également.

Le recours massif à l'endettement dans la politique d'investissement a eu des conséquences sur la structure financière des EPS et notamment sur leur résultat net comptable.

Le tableau ci-dessous met en parallèle la capacité d'autofinancement et la performance du résultat net comptable :

Tableau : Résultat net comptable et capacité à investir des établissements publics de santé après remboursement et hors aide financière

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Résultat net comptable (en % des produits d'exploitation)	+0,8%	+0,5%	+0,9%	+0,3%	-0,3%	-0,8%	-0,6%	-0,4%	-0,3%	-0,5%
CAF nette du service de la dette (Md€, en euros courants)	0,9	0,8	1,4	1,0	0,8	0,6	0,8	1,2	1,2	1,5
Taux de marge brute non aidée					4,7%	3,8%	4,4%	5,0%	5,0%	5,1%

Source : IGAS, d'après données DGFiP, 2002-2011, tous établissements publics de santé, transmises par la DREES

Ce tableau témoigne du montant insuffisant de la capacité d'autofinancement pour assurer l'investissement hospitalier, les investissements courants hors équipement et hors immobilier.

Cependant, on constate une reprise de la capacité d'autofinancement et du taux de marge brute non aidée à partir de 2008.

Ainsi, les aides financières allouées par l'état et le recours à l'endettement sont indispensables à la mise en œuvre de projets d'investissements sur le long terme.

L'écart entre la CAF et l'investissement est estimé à près de €4Mds chaque année (€4,8Mds en 2011). Cet écart est comblé par de la dette, instrument essentiel et privilégié dans le régime financier et comptable des établissements publics de santé.

3) Les produits de dette bancaire à disposition des établissements publics de santé

Pour financer ses investissements, l'hôpital peut choisir parmi un certain nombre de produits bancaires :

- **Des emprunts à taux fixe :**
Le taux d'intérêt est déterminé lors de la souscription de l'emprunt en fonction des conditions de marché. Le taux et les mensualités restent les mêmes sur toute la durée de vie du contrat quelles que soient les fluctuations des marchés financiers.
Il s'agit de produits simples et surs mais relativement rigides et assez lourds dans le processus d'amortissement.
- **Les emprunts à taux variables ou indexés :**
Le taux peut varier à la hausse ou à la baisse selon les variations d'un index déterminé lors de la signature du contrat ou d'un taux de référence d'un marché monétaire, pendant toute la durée de vie du contrat. Ce type de produit permet de saisir des opportunités de marché : lorsque l'indice baisse, les frais financiers sont réduits. Cependant, il existe un risque symétrique à l'opportunité où les frais financiers augmentent avec la hausse du taux.
- **Les produits structurés :**
Un prêt structuré est un prêt qui combine une (au début) voire deux phases (au début et à la fin) à taux fixe bonifié et une phase à taux dit structuré issu d'une formule de calcul qui s'active en fonction de la lecture d'un indice (tel qu'un taux de change ex. EURO/CHF ou tel qu'un index de taux ex. Euribor 12 mois).
Une ou plusieurs conditions déterminent le taux payé par l'emprunteur. L'index de l'emprunt est généralement variable et cette variation est pondérée par des processus de barrière et de durées.

La souscription de ce type de produit peut se justifier par le fait que les frais financiers sont réduits tant que l'index n'est pas franchi. Cependant, si l'index est franchi, le prix payé peut être très élevé (passant pour certains types de produits de 3% à 15% d'intérêts, impactant lourdement les charges financières). Dans ce cas, le produit bancaire devient « toxique ».

B) Les grandes transformations liées à la dette des hôpitaux sur la dernière décennie

1) ODT, un observatoire visant à recenser le volume et la structure de la dette des hôpitaux

En 2009, une enquête préliminaire a été lancée visant à recenser le volume et la structure de la dette des hôpitaux.

En novembre 2011, le projet d'Observatoire de la Dette (ODT) a été déployé. Il s'agit d'une enquête exhaustive sur la dette des EPS portant sur :

- L'encours total de la dette au 31 Décembre 2010 ;
- La durée résiduelle des emprunts ;
- La structure de la dette et son niveau de risque ;
- La répartition de l'encours de dette par organisme prêteur.

Cette enquête a été pilotée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et réalisée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

En mars 2011, les données relatives à la dette des hôpitaux ont été traitées et restituées. La base de données a été arrêtée au 8 février 2012. Il convient de préciser qu'il s'agit de données déclaratives. 820 EPS ont renseigné leurs informations, ce qui constitue **un taux de réponse de 87%**.

Le tableau ci-dessous présente la part d'établissements répondants en fonction de la catégorie d'établissements :

Catégories d'établissements	Nombre d'établissements concernés par l'enquête	Nombre d'établissements répondants	%
CHU	31	31	100%
CH	499	463	93%
CH<20M€	202	168	87%
20M€<CH<70M€	184	175	96%
CH>70M€	113	120	98%
CHS	87	79	91%
HL	302	239	79%
SIH	15	8	53%
USLD	4	0	0%
Total	938	820	87%

2) Les résultats 2010 relatifs à la dette des EPS

On rappelle que les données recueillies grâce à ODT concerne 87% des EPS.

L'Observatoire de la dette a permis de recueillir les informations suivantes :

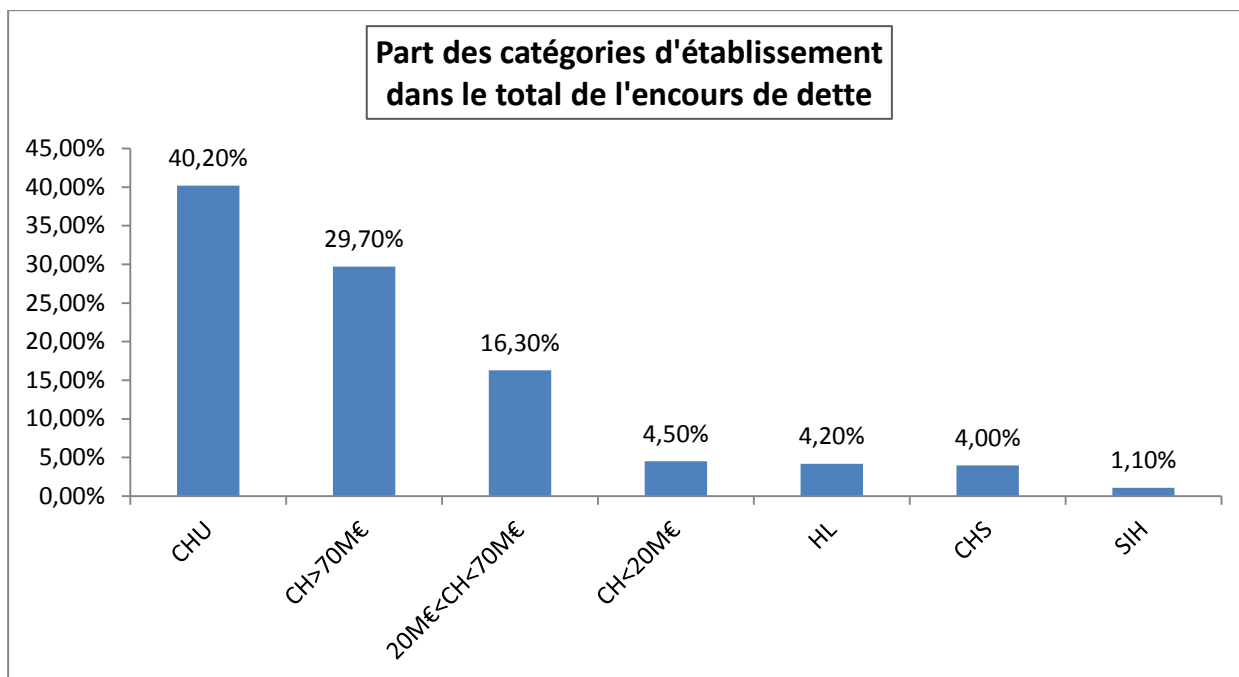
- L'encours total de dette est de €22.8 milliards et il est réparti de la manière suivante :

Catégories d'établissements	Capital restant dû au 31/12/2010	% dans le total
CHU	9 165,594	40,2%
CH	11 516,722	50,5%
CH<20M€	1 032,798	4,5%
20M€<CH<70M€	3 711,094	16,3%
CH>70M€	6 772,831	29,7%
HL	919,509	4,2%
CHS	969,181	4,0%
SIH	244,803	1,1%
Total Général	22 815,810	100,0%

Données en millions d'euros

On constate que :

- 40,2% de la dette se concentre sur les CHU avec un encours de 9 165,6 millions d'euros.
- 29,7% de la dette se concentre sur les CH>70M€ avec un encours de 6 772,8 millions d'euros.



3) Une évolution du volume de dette

Les hôpitaux n'ont cessé de s'endetter au cours des vingt dernières années. L'encours de dette a progressé lentement durant la décennie 1990 évoluant de 5,8 à 8,4 milliards d'euros (soit +45% sur la période). Cet encours a fortement augmenté au cours des 10 dernières années, passant de 8.9 à 26 milliards € (soit +192%) entre 2000 et 2011. Le niveau de dette continue à s'accroître avec 1 milliard d'euros supplémentaire en 2013 aboutissant à un stock de dette de 29 milliards d'euros pour cette même année.

L'endettement des hôpitaux est imputable en grande partie à la relance de l'investissement sur cette décennie. Ainsi, le lancement du plan Hôpital 2007 a impliqué une modification de l'équation de financement des dépenses d'investissement des établissements publics de santé. On note que cette modification dans la structure de financement intervient dans une période charnière d'introduction d'un nouveau moyen de facturation, la tarification à l'activité. Le ministère a alors incité les hôpitaux à contracter des emprunts pour financer ces nouveaux projets, ce qu'ils ont massivement fait.

Avant 2003, le flux net de dette (= nouveaux emprunts – remboursements des emprunts) représentait au plus 10% des investissements. Il atteint un pic de 3 milliards d'euros en 2008 et 2009 pour représenter 50% de l'investissement. Par la suite, en 2010, l'endettement suit le repli des investissements pour atteindre 2 milliards d'euros, soit 36% de l'investissement. Les montants empruntés sur les dernières années sont donc importants et plus ou moins proportionnels aux investissements complémentaires réalisés dans le cadre des plans nationaux de relance de l'investissement hospitalier.

Sur l'année 2013, on constate un ralentissement de la progression de l'endettement notamment lié à un recul des dépenses d'investissement de 10%, à 5 milliards d'euros. Le Directeur Général de l'Offre de Soins estime que cette « décreue devrait se poursuivre ». L'objectif du gouvernement est de réduire les dépenses à 4,5 milliards d'euros par an en moyenne au cours des dix prochaines années.

a) **Les intérêts des emprunts : taux d'intérêts et coût des encours**

i) **Les taux d'intérêts**

Les intérêts des emprunts présentent une évolution plus heurtée sur les 20 dernières années dans la mesure où ils sont calculés en fonction du niveau des taux d'intérêt et de l'encours de dette.

Sur la période 1993 – 2004, les intérêts diminuent de 600 à 400 millions d'euros sous l'effet de la baisse des taux longs notamment.

En 2005, l'augmentation du niveau de l'encours de dette implique un alourdissement de la charge des intérêts d'emprunts.

En 2010, les intérêts atteignent 725 millions d'euros, ne représentant toutefois que 1,1% du total des charges.

Les informations recueillies par la plateforme ODT permettent de visualiser les taux d'intérêts imputés en moyenne à chaque catégorie d'établissement :

Catégorie d'établissements	Taux d'intérêt moyen
CHU	3,1%
CH	3,4%
<i>CH<20M€</i>	3,5%
<i>20M€<CH<70M€</i>	3,5%
<i>CH>70M€</i>	3,4%
CHS	3,6%
HL	3,5%
SIH	2,0%
Total	3,3%

Données en millions d'euros

D'après ODT, 43,4% de l'encours a un taux inférieur à 3,3%, ce qui correspond à la moyenne des taux en 2010 d'après la banque de France.

Les taux sont essentiellement situés dans la tranche 3,1 à 3,5%.

Enfin, en 2010, 3,8% des encours ont un taux d'intérêt supérieur à 5%.

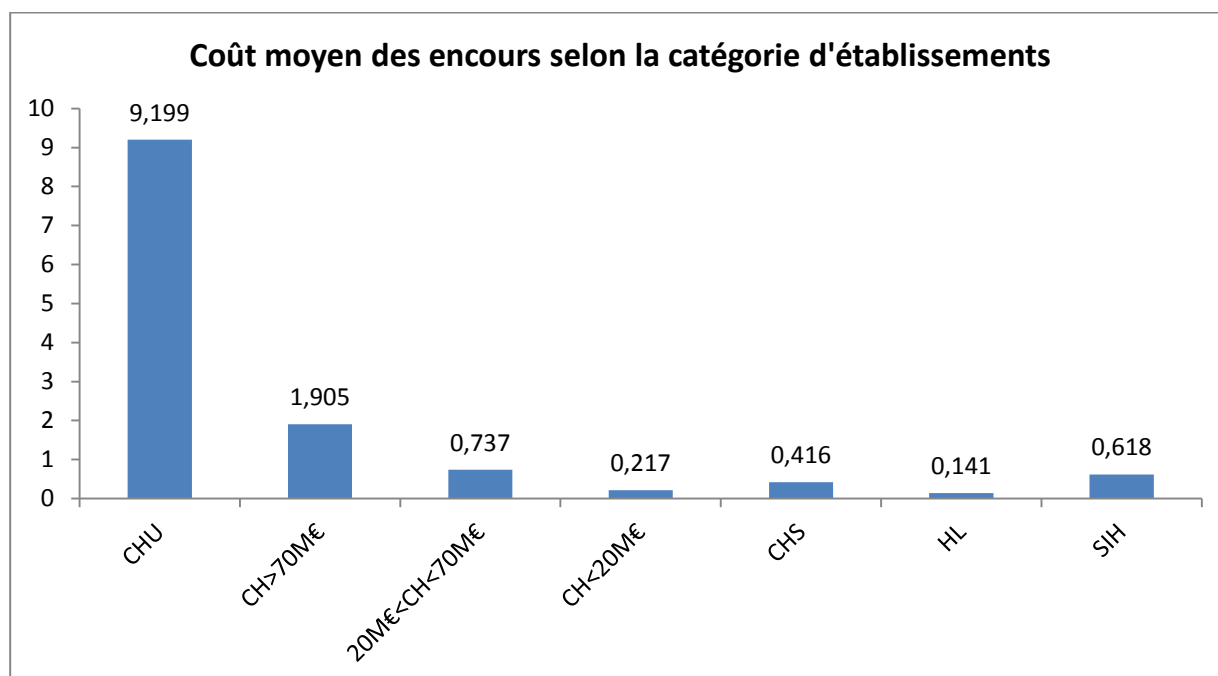
ii) **Le coût des encours**

D'après ODT, le coût de la dette par catégorie d'établissement est le suivant :

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	Coût de la dette	Coût moyen par établissement
CHU	31	285,183	9,199
CH	463	394,125	0,851
<i>CH<20M€</i>	168	36,536	0,217
<i>20M€<CH<70M€</i>	175	128,930	0,737
<i>CH>70M€</i>	120	228,659	1,905
CHS	79	32,889	0,416
HL	239	33,804	0,141
SIH	8	4,944	0,618
Total	820	750,944	0,916

Données en millions d'euros

Le graphique ci-dessous représente le coût moyen en fonction de la catégorie d'établissements :



Au 31 décembre 2010, le coût moyen par établissement s'élève à 0,916 millions d'euros. Le coût moyen des CHU s'élève quant à lui à 9,2 millions d'euros.

b) La durée de vie résiduelle des encours

En 2012, la **durée de vie résiduelle** moyenne de l'encours total des hôpitaux était relativement longue et estimée à **18,5 ans** avec 30 % de l'encours dont la durée de vie était supérieure à 25 ans (*source : Finance Active, à fin 2010*).

Les données recueillies par ODT concernant la répartition des encours par tranche de durée résiduelle sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Durée calculée	Capital restant dû au 31/12/2010
Total des durées négatives	124,6
0 à 1 an	418,5
1 à 5 ans	1 278,4
5 à 10 ans	3 508,7
10 à 15 ans	3 560,6
15 à 20 ans	4 327,4
20 à 25 ans	2 847,7
25 à 30 ans	5 668,0
Plus de 30 ans	1 081,5
Total	22 815,8

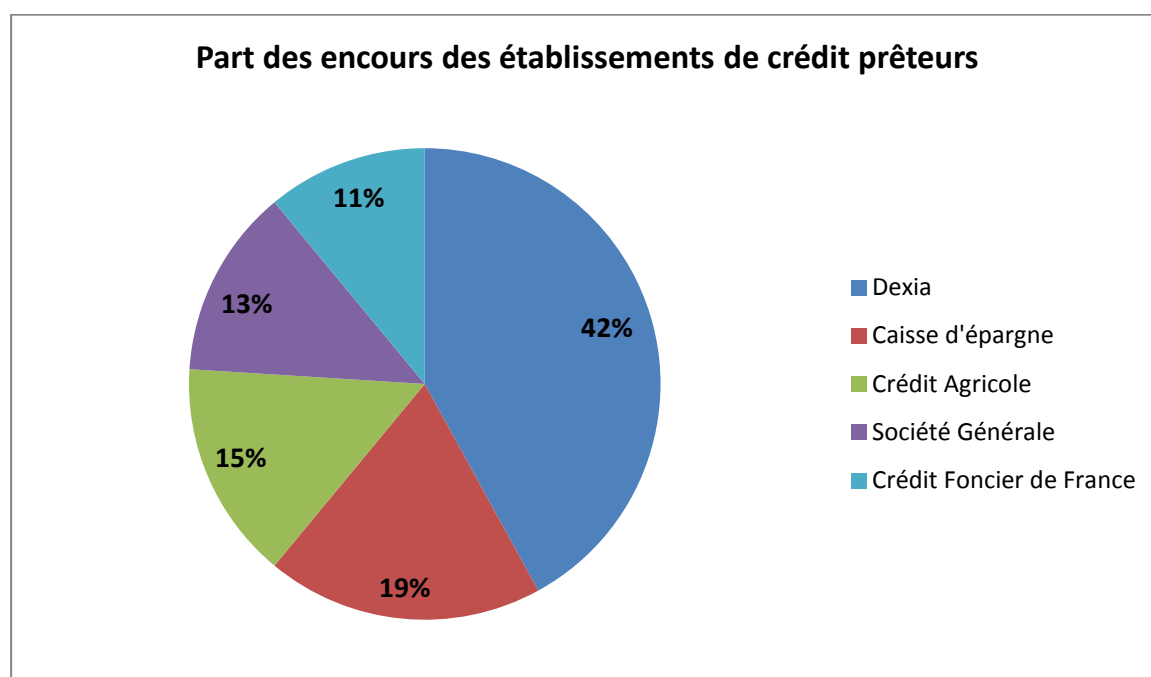
Données en millions d'euros

A titre de comparaison, la durée de vie résiduelle moyenne des collectivités locales est plutôt de 15 ans. Elle s'est singulièrement allongée ces dernières années en raison à la fois d'opportunités de marchés (courbe de taux plate sur les compartiments 20-50 ans) et de la nature des investissements financés (part construction élevée). Les durées longues pénalisent les capacités de renégociation des emprunts structurés.

c) **Les établissements de crédit prêteurs**

Au 31 décembre 2010, on constate que près d'un tiers des encours sont détenus par Dexia. L'établissement de crédit détient 32,5% de part de marché pour un encours total de 7 407,9 millions d'euros.

5 organismes se partagent près de **78.1% des encours**. Cette répartition est détaillée dans le graphique suivant :



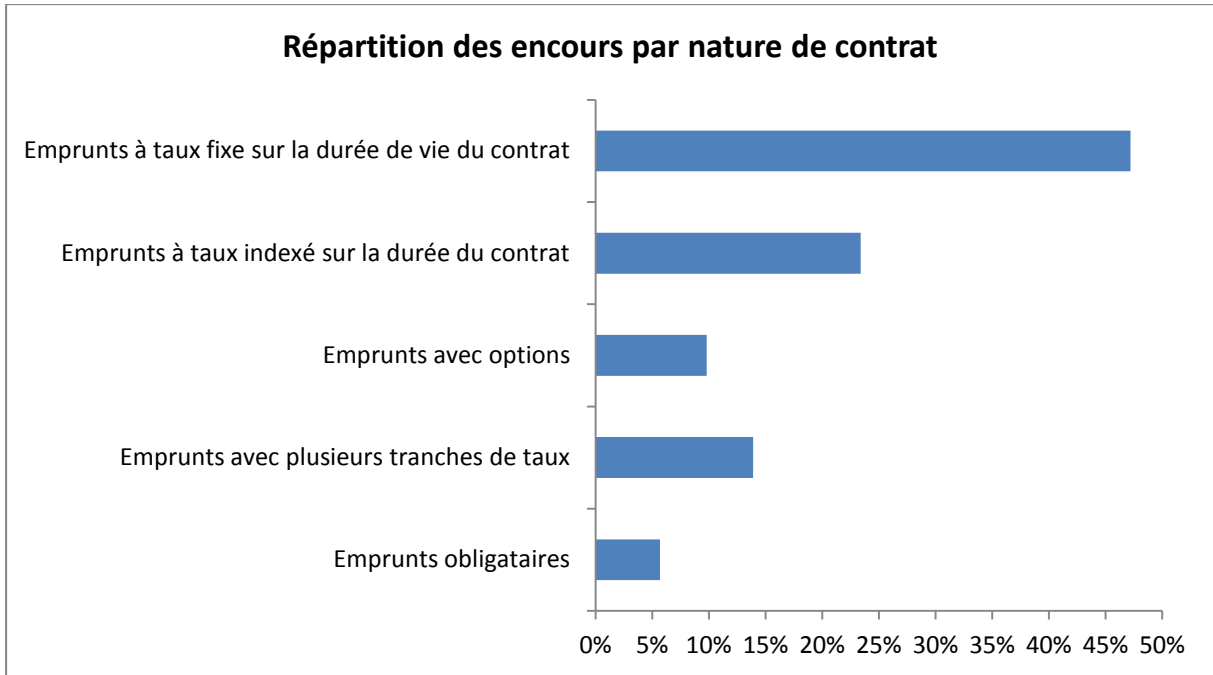
d) **La nature des contrats**

Afin de financer leurs investissements, les établissements publics de santé ont eu recours à différentes catégories de contrats.

Les données recueillies par ODT ont permis d'établir la répartition des encours par nature de contrat présentés dans le tableau ci-dessous :

Nature de contrat	Capital restant dû au 31/12/2010	% dans le total
Emprunts à taux fixe sur la durée de vie du contrat	10 779,720	47,2%
Emprunts à taux indexé sur la durée du contrat	5 332,911	23,4%
Emprunts avec options	2 226,097	9,8%
Emprunts avec plusieurs tranches de taux	3 170,661	13,9%
Emprunts obligataires	1 306,423	5,7%
Total	22 815,810	100,0%

Données en millions d'euros



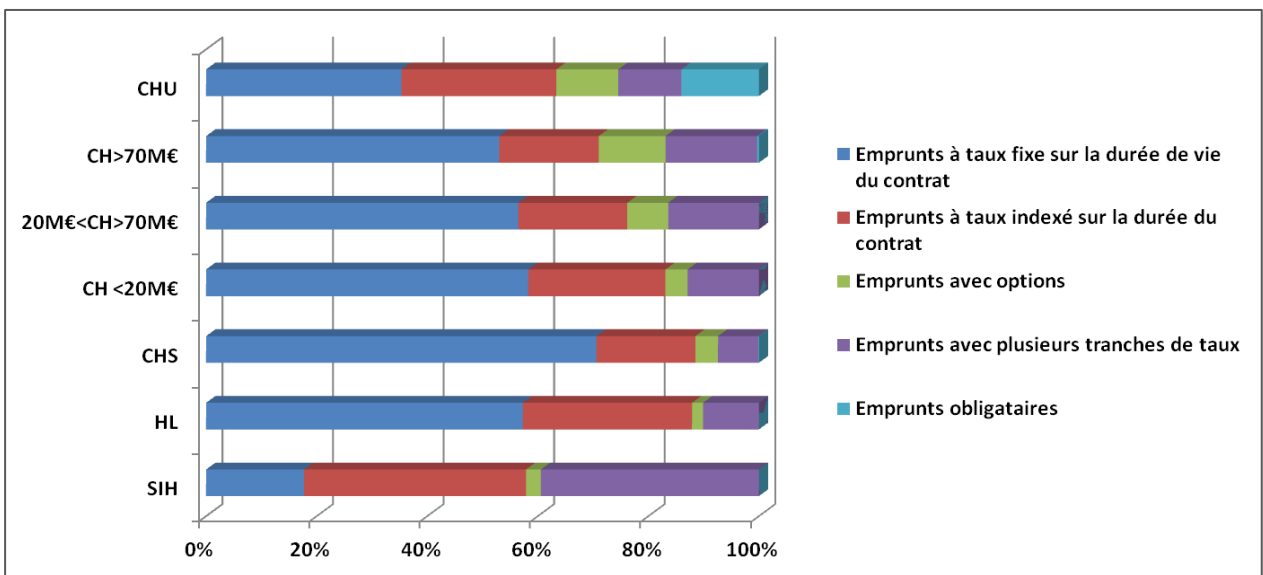
Le portefeuille de dette est constitué à 47,2% d'emprunts à taux fixe.

On constate cependant que la dette des établissements est relativement **« structurée »**.

47,1% des encours correspondent à des contrats à taux variables, incluant les emprunts à taux indexé sur la durée du contrat, les emprunts avec options, ou les emprunts avec plusieurs tranches de taux.

Les emprunts obligataires représentent 1 306,4 millions d'euros soit 5,7% de l'encours total.

Le graphique ci-dessous représente les types de contrats souscrits en fonction de la catégorie d'établissements :



On constate que la gestion financière diffère selon la catégorie d'établissements considérée. Ainsi, 54,6% des encours des CH sont basés sur un taux fixe, tandis que les CHU ont une gestion beaucoup plus diversifiée avec 35,3% des encours à taux fixe, 28,0% indexés sur un taux variable et 14,0% correspondant à des emprunts obligataires.

e) **Le niveau de risque des encours au 31 décembre 2010**

La classification Gissler catégorise le risque des emprunts.

Tableau : Charte Gissler (cf annexe):

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

La répartition des encours selon la classification Gissler (voir annexe 1) est présentée dans le tableau ci-dessous :

	A	B	C	D	E	F	Total
1	17 398,181	1 199,848	664,382	39,668	406,739	17,414	19 706,232
2	119,067	25,772	3,800	74,903	72,780	6,821	303,144
3	4,948	63,919	0	59,369	790,036	83,202	1 001,473
4	7,733	253,661	0	27,775	313,130	58,391	660,689
5	0	0,133	0	0	31,005	12,693	43,830
6	15,733	4,313	0	2,853	5,186	1 072,356	1 100,441
Total	17 545,662	1 547,646	648,182	204,568	1 618,875	1 250,877	22 815,810

Données en millions d'euros

Remarque : Les produits dits « hors charte » ou 6F sont les plus risqués si bien que la charte de bonne conduite en interdit la commercialisation.

La répartition des encours sur la cotation Gissler en pourcentages est la suivante :

	A	B	C	D	E	F	Total
1	76,3%	5,3%	2,8%	0,2%	1,8%	0,1%	86,4%
2	0,5%	0,1%	0%	0,3%	0,3%	0%	1,3%
3	0%	0,3%	0%	0,3%	3,5%	0,4%	4,4%
4	0%	1,1%	0%	0,1%	1,4%	0,3%	2,9%
5	0%	0%	0%	0%	0,1%	0,1%	0,2%
6	0,1%	0%	0%	0%	0%	4,7%	4,8%
Total	76,9%	6,8%	2,8%	0,9%	7,1%	5,5%	100,0%

Les encours dont l'indice sous-jacent est noté 1 s'élèvent à 19 706 millions d'euros, soit 86,4% des encours.

Les encours d'indices sous-jacents 5 et 6, considérés comme ayant un risque très significatif, représentent 5,0 % des encours totaux au 31 décembre 2010 (soit 1 144 millions d'euros).

f) **Le niveau de risque des encours évalué selon la matrice DGOS**

Un scoring DGOS a été établi à partir de la charte Gissler selon le principe suivant : les nombres inscrits dans la matrice DGOS sont le résultat de la somme du chiffre qui fait référence à l'indice sous-jacent et de la lettre qui décrit le risque de structure.

Cette somme est effectuée en partant du principe qu'à chaque lettre est associé un chiffre pour effectuer le calcul (à la lettre A est associé le chiffre 1, à la lettre B le chiffre 2 ...).

La Charte Gissler

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

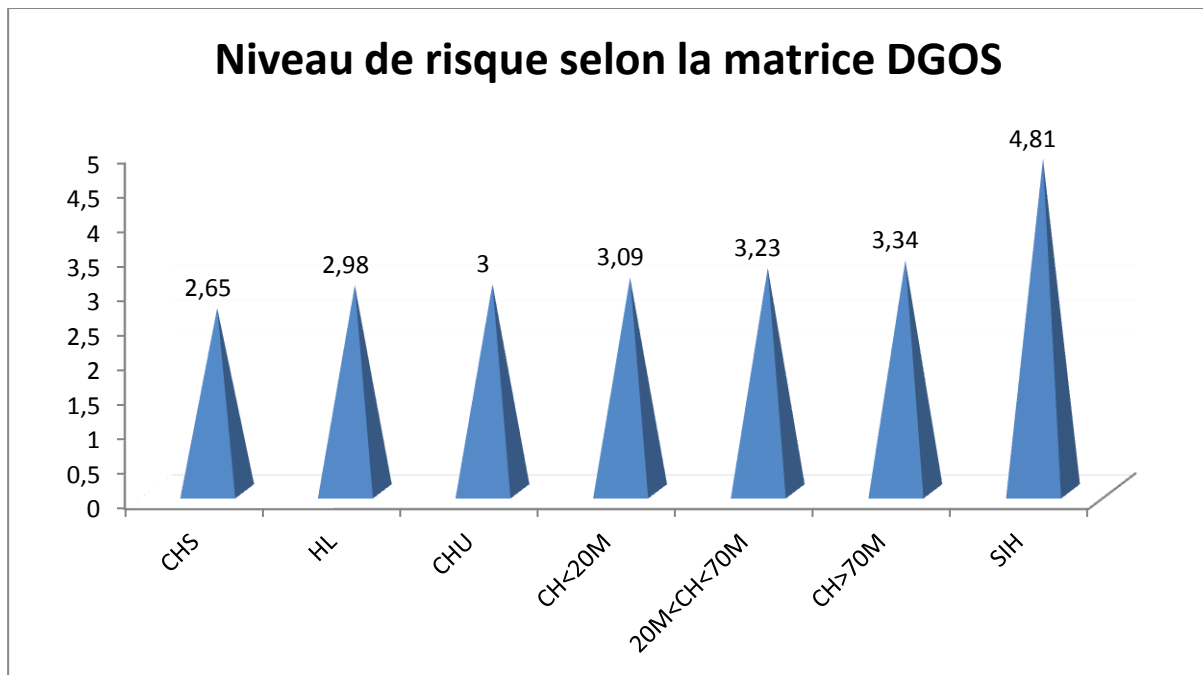
La matrice DGOS

Structure	Indice	A	B	C	D	E	F
1	1	2	3	4	5	6	7
2	2	3	4	5	6	7	8
3	3	4	5	6	7	8	9
4	4	5	6	7	8	9	10
5	5	6	7	8	9	10	11
6	6	7	8	9	10	11	12

La cotation 6F ou hors charte obtient un score de 12 à partir de la somme : 6 (risque du sous-jacent) + F (qui correspond à la 6ème lettre et qui se réfère au risque de structure).

D'après les données recueillies par ODT, le niveau de risque moyen des encours est de 3,15 en se basant sur la matrice DGOS.

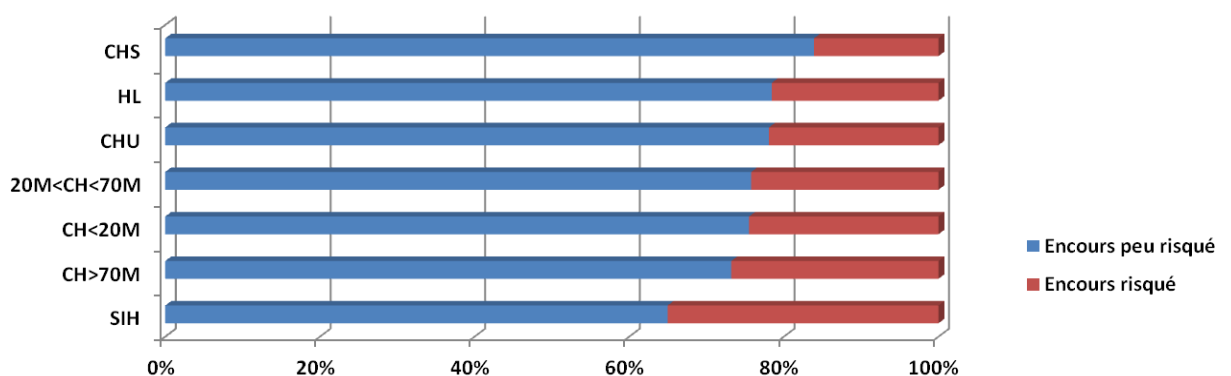
En fonction de la catégorie d'établissement, le niveau de risque des encours est le suivant :



On constate que l'encours de dette des SIH présente le niveau de risque le plus élevé.

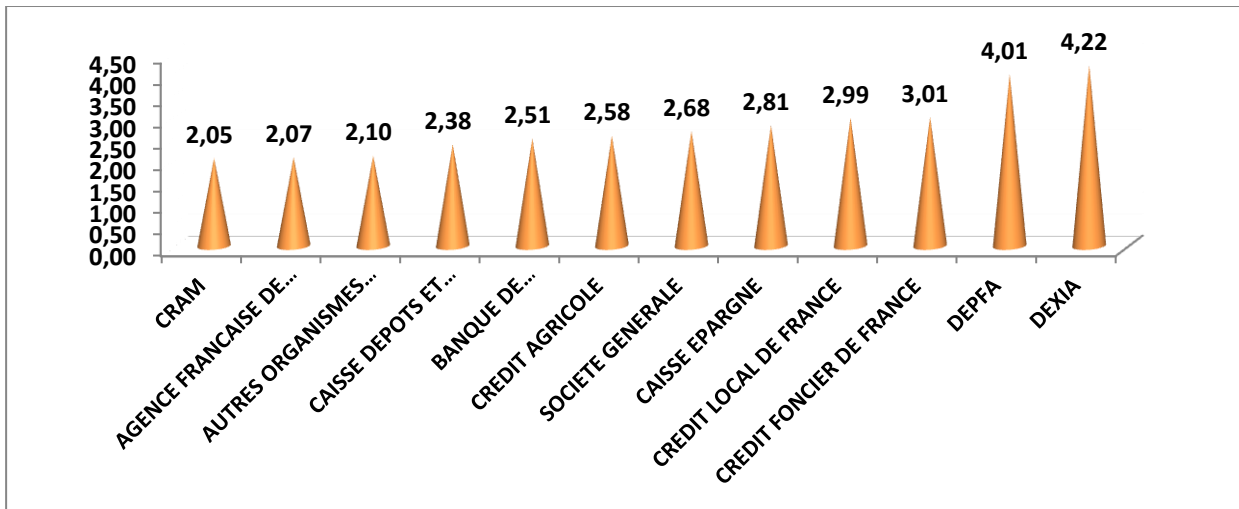
Si l'on considère l'ensemble des EPS ayant renseigné ODT, on constate que 23.5% de l'encours total de la dette est risqué.

La répartition encours peu risqué/encours risqué selon la catégorie d'établissement s'établit de la manière suivante :



	SIH	CH>70M	CH<20M	20M<CH<70M	CHU	HL	CHS
Encours peu risqué	64,98%	73,20%	75,51%	75,79%	78,08%	78,44%	83,90%
Encours risqué	35,02%	26,80%	24,49%	24,21%	21,92%	21,56%	16,10%

g) La répartition du risque par prêteur



Dexia est le prêteur pour lequel les encours de dette sont les plus risqués.

h) La modification de la structure de la dette et la dispersion des risques

Depuis le début des années 2000 et avec un essor important depuis 2004, les banques proposent de nouvelles stratégies de financement ainsi que des outils de refinancement et de réaménagement de la dette.

Les outils de financement peuvent se présenter sous la forme de la combinaison d'un financement classique (taux fixe/taux indexé) et d'un instrument de marché (le plus souvent une option) dans un contrat unique (« package »). En échange d'une option, l'emprunteur bénéficie d'une décote par rapport aux conditions de marché du moment.

Un emprunt structuré est un contrat de prêt classique auquel est associé un instrument dérivé. Il s'agit d'un produit conçu par une banque. C'est souvent une combinaison complexe d'options ou de swaps basée sur des paramètres non cotés. Dans la mesure où un produit structuré ne peut pas se trouver en tant que tel sur un marché, son prix est déterminé en utilisant des modèles mathématiques qui modélisent le comportement du produit en fonction du temps et des différentes évolutions du marché.

Ainsi, comme évoqué précédemment, un prêt structuré est un prêt qui combine une (au début) voire deux phases (au début et à la fin) à taux fixe bonifié et une phase à taux dit structuré issu d'une formule de calcul qui s'active en fonction de la lecture d'un indice (taux de change ex. EURO/CHF, index de taux ex. Euribor 12 mois).

Ces emprunts peuvent engendrer un taux pouvant basculer de 3 à 4% en phase bonifiée à parfois près de 14-15% en phase structurée. Ces taux particulièrement élevés s'expliquent par l'application de la formule de calcul. Ils menacent la situation financière des EPS ayant contracté les emprunts les plus risqués.

Sur un encours total recensé dans ODT de 22,8 Mds€, **l'encours structuré (ou à risque) s'élève donc à 5,4 Mds€** représentant près d'un quart de l'encours de dette. Les prêts structurés se sont complexifiés avec le temps, les formules de calcul du taux se sophistiquant et le risque augmentant (introduction d'effet levier, de taux de change hors zone euro etc.). L'encours à risque peut alors être décomposé selon le niveau de risque contenu dans le contrat de prêt : faible, limité, élevé et très élevé (ou hors charte).

Parmi les encours présentant un risque, on estime à 3,1 mds€ les encours dits très risqués (encours à risque élevé + encours hors charte) dont **1,3 md€ seraient hors charte** (H.C) (*source : ODT à fin 2010*). Les prêts H.C. sont très majoritairement des prêts intégrant une barrière sur taux de change (EURO/CHF ou USD/CHF par exemple) : 90 % selon Finance Active à fin novembre 2012.

Les établissements publics de santé ont contracté des emprunts structurés qui relèvent de deux catégories génériques :

- **Les emprunts à barrière**

Un emprunt à barrière peut se présenter sous la forme d'un emprunt à taux fixe, décoté par rapport au taux fixe classique, dont l'application est conditionnée par l'évolution d'un index de référence par rapport à un niveau de barrière.

Le taux d'intérêt applicable à chaque échéance peut, en fonction du niveau « barrière », être:

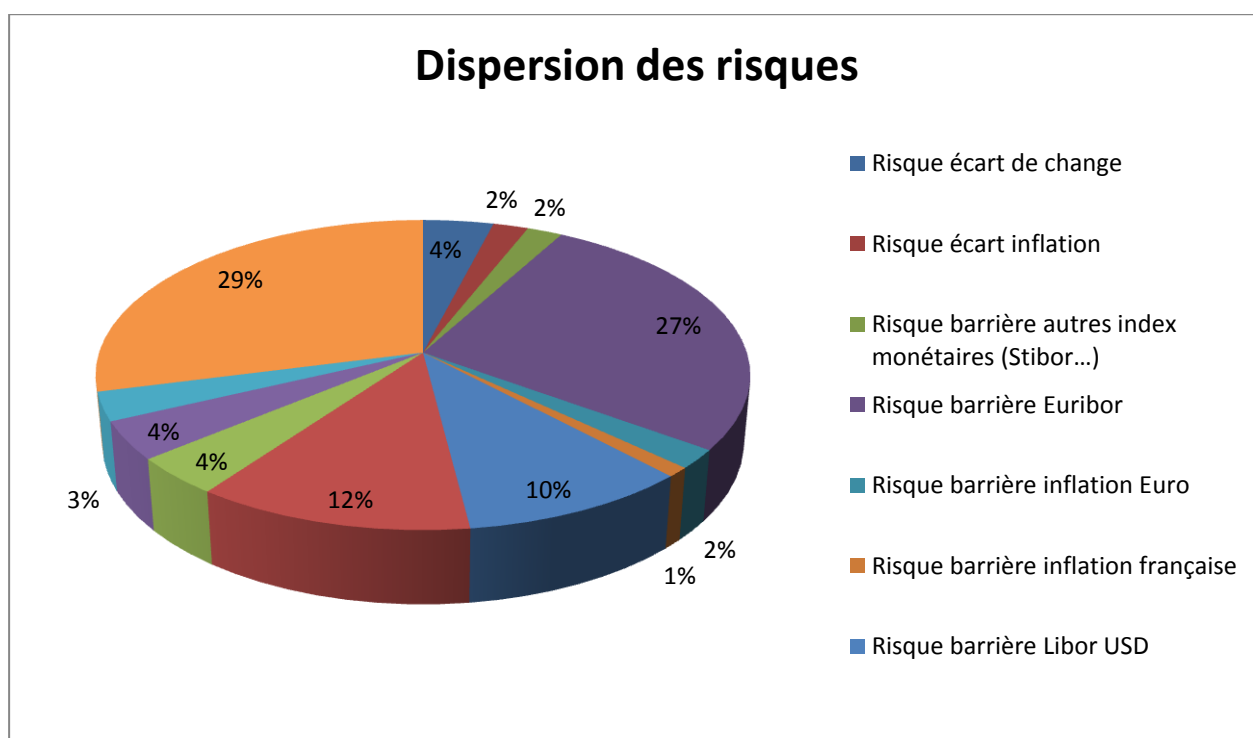
- Soit un taux fixe lorsque l'indice de référence est inférieur ou égal à un certain niveau « barrière » ;
- Soit un taux variable lorsque l'indice de référence est supérieur à ce niveau barrière.

- **Les emprunts à pente**

Les emprunts à pente se sont développés de manière très importante à partir de 2004. Les établissements publics de santé ont recherché des conditions favorables au réaménagement de leur encours et les conditions de marché ont été favorables à leur développement dans un contexte de forte pente de la courbe des taux.

Les stratégies de pente consistent à proposer un taux décoté en fonction de l'écart entre les points plus ou moins éloignés de la courbe des taux.

Lorsqu'on s'intéresse au portefeuille de dette des EPS, on constate la répartition suivante des contrats risqués :



En valeur absolue, les contrats risqués les plus souscrits sont indexés sur:

- Le risque Barrière Euribor : la détermination du taux d'intérêt est fonction du niveau seuil de l'Euribor ;
- Le risque écart CMS zone euro : le CMS correspond au Constant Maturity Swap ;
- Le risque de change EUR/CHF : le taux d'intérêt appliqué est calculé en fonction de l'indexation sur le taux de change euro vs franc suisse.

Le montant associé à chaque catégorie d'emprunt structuré est détaillé dans le tableau ci-dessous :

Risque Barrière Autres index monétaires (Stibor...)	21 812 675 €	Risque Change USD/CHF	119 610 210 €
Risque Barrière Euribor	119 325 527 €	Risque Change USD/YEN	117 890 961 €
Risque Barrière Inflation Euro	14 160 233 €	Risque Ecart CMS hors zone euro	105 070 996 €
Risque Barrière Inflation Française	6 223 169 €	Risque Ecart CMS zone euro	844 283 947 €
Risque Barrière Libor USD	76 795 075 €	Risque Ecart de Change	151 360 097 €
Risque Change EURO/CHF	122 988 653 €	Risque Ecart Inflation	57 88 526 €

C) Un contexte d'accès au crédit bouleversé pour les EPS

1) Des conditions d'octroi de crédit impactées par des composantes historiques et économiques

a) L'âge d'or du crédit

Jusqu'à la crise financière globale qui a débuté en 2007, les problèmes liés à l'endettement des hôpitaux ne se posaient pas. Les banques apportaient toute la liquidité demandée avec des montants pouvant s'élever à 100 millions €. Les marges appliquées étaient très faibles, comprises entre 0 et 0.05%. La durée des prêts était longue, pouvant s'étendre jusqu'à 50 ans. La structure des prêts permettait d'obtenir des phases de mobilisation pouvant aller jusqu'à 4 ans. Les banques faisaient preuve d'une réelle souplesse dans les conditions de prêts.

Enfin, les établissements bancaires étaient auparavant largement mis en concurrence afin de bénéficier de la meilleure offre possible.

b) A partir de 2007, un contexte financier difficile

Suite à la crise financière de 2007, une réforme du secteur bancaire s'imposait. Le mouvement a donc été initié par le Financial Stability Board (FSB) et le G20. Cette initiative a abouti aux Accords Bâle III mis en œuvre par le Comité de Bâle.

Les deux principaux axes de ces accords sont les suivants: les banques doivent renforcer la qualité et le niveau de leurs fonds propres et disposer de liquidités suffisantes.

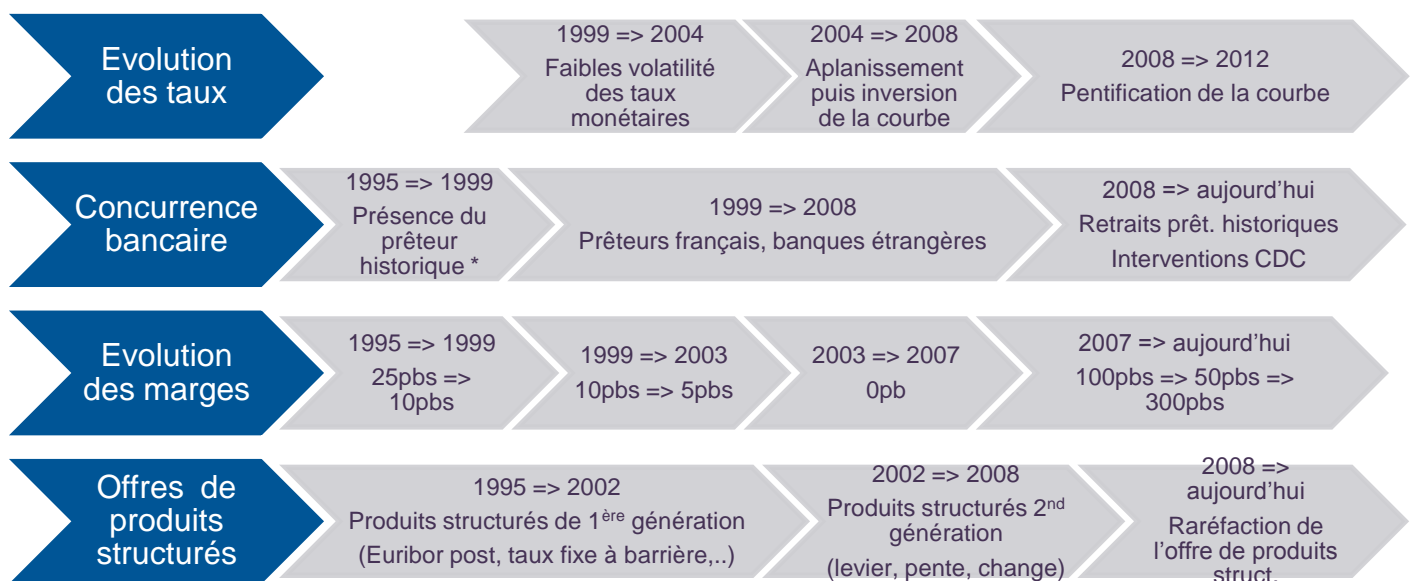
La réforme implique que le ratio fonds propres/crédit augmente. Au lieu d'augmenter le poste fonds propres, les banques ont choisi de restreindre l'accès au crédit. Par conséquent, les EPS subissent à partir du début de la crise un véritable rationnement du crédit.

c) L'accès au financement des EPS

Les EPS ont un accès au financement difficile auprès des établissements de crédit. Dans la période post-crise, les banques :

- Apportent chacune une faible partie de la liquidité demandée si bien que la couverture du besoin en financement des hôpitaux est partielle. Les EPS doivent donc avoir recours à plusieurs banques.
- Les marges proposées ont augmenté, elles sont désormais supérieures à 2,50 %. Les durées proposées pour les prêts sont beaucoup plus courtes, elles sont inférieures à 20 ans. Ces deux paramètres reflètent une baisse de confiance de la part des banques et témoignent d'un risque plus élevé d'une possibilité de non recouvrement.
- Ne proposent plus de phase de décaissement progressive des fonds. Les marges de manœuvre des EPS sont alors de plus en plus restreintes.
- N'apportent plus aucune souplesse dans les conditions du prêt.

L'évolution de l'offre bancaire de 1995 à aujourd'hui



2) Encadrement réglementaire et législatif de la souscription de nouveaux emprunts

Afin d'encadrer le recours à l'emprunt des EPS, un décret, un arrêté et une circulaire d'application de la loi de programmation des finances publiques de 2011 à 2014 ont été mis en place.

Cet encadrement vise à interdire la souscription de produits de financement dont le score est supérieur à « 3C ». Pour rappel, la charte Gissler est présentée à nouveau ci-dessous :

Tableau : Charte Gissler (cf annexe):

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

Pour les établissements publics de santé dont la situation financière répond aux critères du **décret du 14 décembre 2011**, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) peut autoriser un montant global annuel d'emprunt sous certaines conditions.

Les établissements concernés par l'autorisation sont désignés selon des critères par l'article D. 6145-70 du Code de la Santé Publique. L'article crée un régime d'autorisation pour les établissements publics de santé dont la situation financière est caractérisée par au moins deux des trois critères suivants :

- **Le ratio d'indépendance financière excède 50% ;**
- **Le ratio de durée apparente de leur dette excède 10 ans ;**
- **Le ratio de l'encours de la dette rapporté au total des produits toutes activités confondues excède 30%.**

Les ratios sont calculés par l'ordonnateur de l'établissement public de santé "à partir du compte financier du dernier exercice clos de l'établissement selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale".

L'arrêté du 07 mai 2012 précise les formules de calcul des trois ratios, dont la définition et les modalités de calcul sont définies ci-dessous :

- **Le ratio d'indépendance financière excède 50% :**

Ce ratio mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (apports, réserves, subventions d'investissement, report à nouveau et provisions) de l'établissement.

$\text{Ratio d'indépendance financière} = \text{Encours de la dette} / \text{capitaux permanents}$
--

Dans la comptabilité hospitalière le numérateur, encours de la dette, fait référence à la somme des soldes créditeurs des comptes 16. Les comptes 1688 "Intérêts courus" et 169 "Primes de remboursement des obligations" sont déduits.

Le dénominateur, capitaux permanents, fait référence à la somme des soldes des comptes suivants : 10 "apports, dotations, réserves" ; 11 "Report à nouveau" ; 13 "Subventions d'investissement" ; 14 "Provisions réglementées" ; 15 "Provisions" et 16 "Emprunts et dettes assimilées". Les comptes 1688 "Intérêts courus" et 169 "Primes de remboursement des obligations" sont retranchés.

Le ratio d'indépendance financière mesure le niveau de dépendance financière de l'établissement vis-à-vis de ses prêteurs et permet d'apprécier les marges de manœuvre réellement disponibles.

- **Le ratio de durée apparente de la dette excède 10 ans :**

Le ratio de durée apparente de la dette rapporte le total de l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement (CAF).

Il permet de mesurer, au 31 décembre de l'année N, le nombre d'années d'autofinancement nécessaires pour éteindre l'encours de la dette si l'intégralité de la CAF était consacrée à cet objectif.

$\text{Ratio de durée apparente de la dette} = \text{Encours de la dette} / \text{CAF}$

Dans la comptabilité hospitalière, le numérateur, encours de la dette, fait référence à la somme des soldes créditeurs des comptes 16. Les comptes 1688 “Intérêts courus ” et 169 “Primes de remboursement des obligations” sont déduits.

Le dénominateur, CAF, désigne la somme des résultats des comptes de résultat principal et annexes, augmentée des soldes débiteurs des comptes 675 “Valeur comptable des éléments d’actifs cédés” et 68 “Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions” et diminuée des soldes créditeurs des comptes 775 “Produits des cessions d’éléments d’actifs” ; 777 “Quote-part des subventions d’investissement” et 78 “Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions”.

Le ratio de durée apparente de la dette permet d’apprécier la capacité d’un établissement à rembourser sa dette, compte tenu des excédents potentiels de trésorerie issus de ses opérations.

- **Le ratio de l’encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excède 30% :**

Ce ratio exprime l’importance du poids de la dette au regard du total des produits toutes activités confondues de l’établissement.

$\text{Ratio} = \text{encours de la dette} / \text{produits d'activité}$
--

D’après la comptabilité hospitalière, le numérateur, encours de la dette, désigne la somme des soldes créditeurs des comptes 16. Les comptes 1688 “Intérêts courus ” et 169 “Primes de remboursement des obligations” sont déduits ;

Le dénominateur, produits d’activité, fait référence à la somme des soldes créditeurs des comptes de la classe 7 des comptes de résultat principal et annexes. Le compte 7087 “ Remboursement de frais par le CRPP et/ou les CRPA ” est déduit.

Lorsque l’établissement public de santé répond aux critères ci-dessus, le directeur de l’établissement doit formuler une demande sur le montant global d’emprunt auquel l’établissement public de santé envisage de recourir au cours de l’exercice budgétaire auprès du directeur de l’ARS.

Les emprunts à long terme ont vocation à financer des investissements. Toutefois, tous les emprunts à long terme, y compris liés secondairement à d'autres motifs sont assujettis à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé.

Afin d'encadrer le recours à la dette et de limiter les risques financiers associés, les caractéristiques des emprunts pouvant être nouvellement souscrits par les EPS ont été définies.

En application de l'article D. 6145-71 du code de la santé publique, il s'agit uniquement d'emprunts à taux fixe ou taux variable (devant répondre à des conditions précises en termes d'indices sous-jacents utilisés et de formule d'indexation) contractés auprès d'établissements de crédit.

- **Indices sous-jacents autorisés :**

Deux types d'indices sous-jacents sont autorisés et peuvent éventuellement se combiner entre eux :

- La clause d'indexation sur l'indice du niveau général des prix, ou sur l'indice harmonisé des prix à la consommation de la zone euro, définis à l'article D. 112-1 du code monétaire et financier.

Ainsi, les indexations sur les indices " inflation française " (indice des prix à la consommation pour l'ensemble des ménages, hors tabac, publié mensuellement par l'INSEE) et l'indice harmonisé des prix à la consommation de la zone euro calculé mensuellement par EUROSTAT sont autorisés.

- La clause d'indexation sur un taux usuel du marché interbancaire, du marché monétaire de la zone euro ou du marché des valeurs de l'État français.

A titre d'information, les principaux indices usuels du marché interbancaire et monétaire sont les suivants :

- L'Euribor (Euro Interbank Offered Rate) est le taux du marché monétaire européen. Il est égal à la moyenne arithmétique des taux offerts sur le marché bancaire européen pour une échéance déterminée (entre 1 semaine et 12 mois). Il est publié par la Banque centrale européenne à partir de cotations fournies quotidiennement par 64 banques européennes.

- L'EONIA (Euro Overnight Index Average) est le taux au jour le jour du marché monétaire européen. C'est un taux moyen pondéré par les transactions déclarées par un échantillon représentatif d'établissements (les mêmes que pour l'EURIBOR). Il est publié par la Fédération Bancaire de l'Union Européenne.

D'autres indices sont publiés à partir de ces taux de référence tels que le T4M (Taux moyen mensuel du marché monétaire), le TAM (Taux annuel monétaire), le TAG (Taux annuel glissant)

Cette liste, non strictement limitative, ne peut être élargie pour les contrats d'emprunt bancaire qu'à des indices usuels du marché interbancaire ou monétaire de la zone euro, ce qui interdit donc le recours à des indices qui ne seraient pas ou peu utilisés en France. Par extension, l'indexation sur des taux réglementés du marché monétaire, tels que celui du Livret A, peut également être utilisée.

Les indices du marché des valeurs d'État sont le TMO, le TEC (Taux à échéance constante), le TME (Taux moyen des emprunts d'État), les BTF (bons du trésor à taux fixe), les BTAN (bons du trésor à intérêts annuels).

Cette liste, non strictement limitative, ne peut être élargie qu'à des indices usuels du marché des valeurs de l'État français.

- **Formule d'indexation :**

Les emprunts à taux variable souscrits auprès des établissements de crédit par les établissements publics de santé sont autorisés dans deux cas définis à l'article D. 6145-71.

Le premier cas autorisé est un taux d'intérêt variable défini comme la simple addition d'un indice usuel (de taux ou d'inflation) et d'une marge fixe exprimée en point de pourcentage.

La deuxième catégorie d'emprunt à taux variable autorisée est définie par une formule plus complexe. L'emprunt doit prévoir un plafond dans la fixation du taux, afin d'éviter une évolution non soutenable du taux variable. Ce plafond est au maximum égal au double du taux d'intérêt nominal appliqué au cours de la première période de l'emprunt.

A titre pratique, lorsque le taux d'intérêt applicable à la première période de remboursement n'est pas encore connu à la conclusion du contrat car les indices sous-jacents applicables ne sont pas encore publiés, le plafond maximum est établi en utilisant la dernière donnée disponible de l'indice sous-jacent.

Les problématiques de difficultés d'accès à l'endettement notamment liées à Bâle III nous font nous interroger sur l'évolution que prendra l'écart entre la CAF et les montants nécessaires pour financer les projets d'investissement.

Plusieurs solutions sont à envisager :

- L'accès à l'endettement étant restreint, de nouveaux moyens de financement doivent être identifiés ;
- Les hôpitaux seraient-ils à même d'augmenter leur capacité d'autofinancement ?
- Les projets d'investissement doivent-ils être restreints ? Qu'en est-il des projets déjà en cours ?
- De nouveaux projets peuvent-ils toujours être lancés ?

II- Les démarches mises en œuvre par les instances de tutelle

A) Les solutions proposées pour la gestion du stock actuel de dette des EPS

Le secteur hospitalier se caractérise par l'autonomie de gestion des établissements publics de santé. Par conséquent, le Ministère de la Santé ne peut pas intervenir directement mais son étroite collaboration avec les directeurs d'établissements lui permet de proposer des solutions concrètes. En dernier recours, le Ministère peut débloquer des fonds selon certaines circonstances.

1) La mise en place d'un accord-cadre

Face à une situation de crise comme celle relative à la structuration du portefeuille de dette des hôpitaux, le Ministère de la Santé exerce son rôle de tutelle. Une intervention nationale est alors proposée aux EPS dans ce cas précis au travers d'un accord-cadre.

Une mission pilote d'appui à la négociation a été menée auprès de trois établissements : le CH de Montluçon, le CH de Roanne et le CH d'Arras.

Ainsi, les pouvoirs publics (Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale des Finances Publiques, Direction Générale du Trésor), en collaboration avec l'UGAP (Union des Groupements d'Achats Publics) ont soutenu une démarche de gestion active du stock de dette existant.

L'accord-cadre a plusieurs objectifs :

- Un audit global du portefeuille de dette ;
- L'élaboration de recommandations et la définition de plans d'action conjoints sur la dette, avec pour objectif d'améliorer le profil de l'encours de la dette, tenant compte notamment des aspects de sécurisation ;
- L'assistance à la négociation des arbitrages, des réaménagements et des nouveaux emprunts ;
- La mise à disposition d'un outil de suivi de la dette en ligne ;
- Le suivi des échéances et le pricing des types de produits.

Dans un premier temps, l'UGAP a passé un appel d'offre afin de sélectionner cinq cabinets de conseils sur des critères techniques et de prix. L'ensemble des cabinets proposent des prestations de gestion et d'audit de dette. L'accent est porté sur la renégociation des emprunts structurés. Les établissements publics de santé peuvent également bénéficier d'un accompagnement plus poussé et notamment d'un suivi annuel concernant la gestion active de leur encours de dette.

Dans un deuxième temps, le bureau PF1 et l'UGAP ont rencontré les cinq cabinets de conseil qui ont été retenus afin de leur présenter les actions menées par le Ministère de la Santé vis-à-vis de la gestion active de la dette mais également de formuler les attentes concernant l'accord-cadre en question de la part des pouvoirs publics.

2) Le recours à la médiation

Sur le modèle adopté par les collectivités territoriales, certains établissements publics de santé ont eu recours à un processus de médiation des emprunts structurés.

Eric Gissler, inspecteur général des finances, a été nommé médiateur pour les emprunts à risque des collectivités locales par le Premier ministre le 26 novembre 2009. Le Ministère de la Santé a également sollicité l'intervention de M. Gissler dans sa démarche de désensibilisation des encours structurés dans le cadre de la mission IGAS-IGF.

Le rôle de la médiation est de faciliter le règlement des situations les plus complexes de manière équilibrée, dans le respect des responsabilités que doivent assumer tant les établissements bancaires que les établissements publics de santé. Il contribue dès lors à diminuer le risque global pesant sur l'encours de dette de ces derniers. Les EPS et les banques peuvent faire appel à M. Gissler pour trouver des solutions à des difficultés d'endettement liées à des emprunts à risques.

On constate que le fonctionnement de la mission de médiation se heurte à plusieurs critiques.

Sur le plan des moyens humains, si Eric Gissler est assisté par deux collaborateurs et la Banque de France pour la valorisation des produits, la médiation manque de ressources et de capacités d'expertise au regard des ressources pouvant être déployées par les établissements bancaires et les EPS possédant des emprunts « Hors Charte » dans leur encours de dette. A moyens déployés constants, il paraît difficile d'envisager d'étendre la médiation aux EPS qui possèdent des produits non déconseillés par la Charte qui contiennent des multiplicateurs ou des indices fortement volatils.

La médiation pâtit également d'un manque de moyens contraignants du point de vue juridique qui lui permettraient dans un certain nombre de cas de davantage contraindre les établissements de crédit pour aboutir à des renégociations équilibrées.

Cette situation est accentuée par un déséquilibre de la négociation en raison de l'exclusion des conseils (avocats, conseils financiers) des EPS de la médiation. Cette exclusion peut conduire à un dialogue inégal avec les banques sur le plan du savoir juridique et financier, en particulier lorsqu'il s'agit de petits EPS.

Ces manques peuvent conduire à des solutions de sortie des emprunts onéreuses pour les hôpitaux entrés en médiation. En effet, les propositions des banques peuvent consister à facturer les produits au « mark to market » sans actualisation au regard des anticipations de marché dans le cadre d'une sécurisation de tout ou partie des échéances à venir. Elles peuvent également proposer de sécuriser les échéances sur un à trois ans, puis prévoir un retour à la formule d'indexation ou le passage à une structure autorisée par la Charte Gissler avec allongement de la maturité du prêt.

Ces solutions conduisent soit à masquer le paiement des taux dégradés sans pour autant économiser sur les frais financiers, soit à contracter un nouvel emprunt structuré.

3) La formation des directeurs d'hôpitaux à la gestion des emprunts structurés

Début 2012, afin de maîtriser les risques liés à l'endettement, la DGOS et la DGFIP ont promu la mise en place d'un dispositif de formation relatif aux emprunts structurés et aux instruments de couverture associés.

Trois sessions de formation de formateurs ont été organisées à destination :

- Des chefs de service des missions d'expertise économique et financière ou de leurs adjoints (désignés par les Directions Régionales des Finances Publiques) ;
- Des représentants des agences régionales de santé (en raison du rôle des agences en matière de régulation régionale de l'offre de soin et de relai des politiques nationales en région) ;
- Des directeurs financiers des centres hospitaliers universitaires (en raison de l'importance de ces établissements du point de vue des encours de dette).

Ces formateurs assurent à leur tour au niveau régional une formation auprès des directeurs financiers des établissements publics de santé et des comptables hospitaliers.

- **Le contenu de la formation :**

Les sujets suivants sont traités lors de la formation:

- Le rappel de la réglementation : le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011, l'arrêté ainsi que la circulaire relatifs aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé ;
- La définition et le fonctionnement des emprunts et des instruments de couverture structurés;

- La place et le poids des emprunts et des instruments de couverture structurés dans la gestion de la dette (un point d'attention est fait pour la région dans laquelle la formation est déployée afin de sensibiliser les interlocuteurs sur leur situation particulière);
- La classification des emprunts structurés et des instruments de couverture structurés introduite par la Charte de bonne conduite (hiérarchie du risque et produits financiers interdits) ;
- Le principe de la médiation relative aux emprunts structurés.

Ce programme de formation a été élaboré par la DGOS (bureau PF1) et la DGFIP (bureau CL1C).

- **L'organisation et le déroulement de la formation**

- La formation des formateurs au niveau national

Au cours de ces formations, des supports pédagogiques ont été distribués afin d'être relayés ensuite en régions. Ils ont été élaborés en collaboration avec une société de conseil spécialisée dans le secteur hospitalier. Ils ont été transmis à l'ensemble des établissements publics de santé français.

Trois sessions de deux jours de formation ont été organisées entre avril et mai 2012, chacune réunissant 25 personnes réparties en trinôme par région.

- La diffusion de la formation par les formateurs au niveau régional

Les personnes formées au niveau national ont eu pour mission d'estimer conjointement les besoins en formation de leur région.

La formation a eu pour objet d'être largement diffusée auprès des comptables hospitaliers et du personnel des établissements publics de santé concernés par la gestion de la dette. Elle a également dû être portée à la connaissance de la fédération régionale de la FHF.

Les équipes de PF1 se sont régulièrement déplacées en région afin de rencontrer les DAFs des hôpitaux. Le Ministère de la Santé assurait ainsi une formation sur la gestion des emprunts structurés et des instruments de couverture structurés et était présent afin de répondre aux questions qui pouvaient être soulevées à l'échelle régionale.

4) Un soutien financier assuré par le Ministère de la Santé

En 2014, le dernier projet soutenu par le Ministère de la Santé est un fonds visant à faire sortir les hôpitaux des emprunts toxiques. Des aides nationales seront proposées aux hôpitaux afin de faciliter la sortie des prêts toxiques souscrits, par le biais d'un "dispositif d'accompagnement" mis à disposition des établissements publics de santé les plus exposés.

Ainsi, le 23 avril 2014, le Conseil des Ministres a diffusé le communiqué de presse suivant :

« Le ministre des finances et des comptes publics a présenté un projet de loi relatif à la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les personnes morales de droit public.

Conformément au Pacte de confiance et de responsabilité entre l'État et les collectivités locales conclu le 16 juillet 2013, le Gouvernement a décidé d'apporter une solution pérenne et globale au problème des emprunts structurés contractés notamment par de nombreuses collectivités locales, ainsi que leurs groupements, et par les établissements publics de santé : - un fonds de soutien a été créé fin 2012 pour faciliter les renégociations des collectivités locales avec leurs banques des emprunts structurés qu'elles avaient souscrits. Ce fonds initialement doté de 50 millions a déjà bénéficié aux collectivités locales qui l'ont sollicité.

Pour apporter des réponses plus structurelles, la loi de finances pour 2014 a créé un fonds pérenne, abondé à hauteur de 100 millions d'euros par an pendant 15 ans ; - afin d'apporter également une réponse aux hôpitaux concernés par des emprunts structurés, un dispositif d'accompagnement des hôpitaux les plus exposés sera mis en place. Ce dispositif prendra la forme d'aides nationales accordées aux hôpitaux pour faciliter leur sortie de ces prêts. Le montant total de ces aides pourra atteindre jusqu'à 100 M€ ; - les banques contribueront au fonds de soutien pour les collectivités et au dispositif pour les hôpitaux ; - parallèlement à l'instauration du fonds de soutien pour les collectivités et au dispositif pour les hôpitaux, un projet de loi est destiné à sécuriser la validité juridique des contrats d'emprunts structurés. Ce volet est nécessaire pour limiter les conséquences de la crise des emprunts structurés et donc son impact pour les contribuables. La loi de sécurisation, le fonds de soutien et le dispositif spécifique pour les établissements publics de santé formeront ainsi un ensemble cohérent, qui permettra de résoudre la crise des emprunts structurés. »

Les principales dispositions de ce texte sont les suivantes :

Article 1er:

Validation des contrats de prêt, conclus par les personnes morales de droit public avec un établissement de crédit, dont la légalité serait contestée pour défaut de certaines mentions prescrites par le code de la consommation.

Article 2:

Validation des contrats de prêt, conclus par les personnes morales de droit public avec un établissement de crédit, dont la légalité serait contestée pour non-conformité de certaines mentions prescrites par le code de la consommation.

Article 4:

Remise par le gouvernement au parlement d'un rapport sur la législation applicable au taux effectif global (TEG).

La Fédération hospitalière de France (FHF) se félicite actuellement de cette décision et de la création de ce « fonds de soutien aux hôpitaux publics ».

B) Des solutions de financement alternatives à l'emprunt

A partir de 2009, les CHU commencent à ressentir les effets de la crise et notamment les difficultés associées au secteur bancaire.

Cette période est marquée par le retrait progressif du prêteur historique, Dexia.

De plus, les acteurs bancaires affichent leur réticence par un retrait des lignes de trésorerie qu'elles accordaient jusqu'à présent aux hôpitaux. Enfin, les hôpitaux subissent un cantonnement des enveloppes de prêts allouées. De nouveaux moyens de financement ont pu alors être envisagés.

1) L'émission obligataire :

- Définition :

Un emprunt obligataire est « un emprunt lancé par une entreprise, une banque, un Etat ou une organisation gouvernementale matérialisé sous forme d'obligations qui sont achetées par des investisseurs. Ces obligations sont le plus souvent négociables et d'un montant unitaire compris entre 500 et 100.000 euros qui prévoit le versement d'un intérêt, le plus souvent annuel, et un remboursement [du capital] au terme de plusieurs années. Par rapport à un prêt bancaire avec lequel il est en concurrence au niveau de l'émetteur, l'emprunt obligataire permet à [la structure émettrice] de diversifier ses sources de financement, en particulier lorsque les banques ont des difficultés à prêter. » *(Source : Les Echos.fr/Vernimmen.net)*

Jusqu'en 2009, les centres hospitaliers (hors APHP) se finançaient de manière exclusive par l'emprunt souscrit auprès d'un nombre restreint d'acteurs bancaires : Dexia, les Caisses d'Epargne et la Caisse des Dépôts et Consignations jusque dans les années 80 puis auprès d'intervenants plus diversifiés avec notamment les principales banques du marché et la Banque européenne d'investissement.

L'émission obligataire constitue une solution pour lever des fonds directement auprès d'investisseurs. Cette diversification des sources de financement permet d'optimiser les coûts de financement et de bénéficier d'une certaine souplesse financière (notamment grâce au remboursement in fine) pour poursuivre les projets d'investissement.

A titre d'information, les CHU ont pris exemple sur l'APHP qui a eu recours à l'emprunt obligataire pendant plusieurs années et sur l'association des communes urbaines de France (ACUF).

- Mise en œuvre des émissions obligataires :

En 2009 a eu lieu la première émission obligataire d'un groupement de centres hospitaliers sous le mandat du CHU de Grenoble : 23 centres hospitalo-universitaires et 1 centre hospitalier régional ayant obtenu la note AAA par l'agence de notation Moody's. Il s'agit des établissements des villes d'Amiens, Angers, Besançon, Brest, Clermont-Ferrand, Dijon, Fort-de-France, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Metz-Thionville, Montpellier, Nancy, Nice, Nîmes, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne et Tours. Ces 24CHU/CHR se sont regroupés afin de lever **€250M**.

La note AAA atteste de la solidité financière et de la pérennité des structures qui ont émis les obligations et permet d'obtenir un taux bas. Cette levée de fonds visait à assurer la

modernisation des structures hospitalières. Le montant a été réparti suivant les besoins de financement des EPS.

Cette émission obligataire inaugurale est conjointe mais non solidaire entre les établissements, chacun restant responsable de ses échéances mais pouvant ainsi atteindre la taille critique pour accéder au marché obligataire et donc à ce type de financement.

Le remboursement de ces obligations est in fine au terme d'une période de 10 ans et les coupons (intérêts) sont payés annuellement.

En 2010, a eu lieu la deuxième émission obligataire dans la continuité de la première, groupée et non solidaire.

Les centres hospitalo-universitaires d'Amiens, Angers, Besançon, Brest, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Limoge, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Nîmes, Reims, Saint-Etienne et Tour, et le CHR de Metz-Thionville qui avaient pris part à la première émission ainsi que le centre hospitalier régional de La Réunion et les centres hospitaliers de Lagny, de Sainte-Anne et du Sud Francilien se sont regroupés dans le cadre d'une émission obligataire d'un montant de **€167 M**.

Le groupement hospitalier a de nouveau reçu la note AAA, gage de qualité, de la part de Moody's permettant d'obtenir le taux d'intérêt bas de 3,69%. Les obligations sont, de la même manière, remboursables in fine avec une échéance de 10 ans et un taux fixe.

En 2012, s'est préparée une troisième émission obligataire visant à lever près de **€250M**.

Une mise en conformité de l'homogénéité des établissements inclus dans le groupement a été nécessaire en termes d'activités (enseignement, recherche, haute technologie, soins d'urgence et de proximité) et de qualité financière (niveaux d'endettement, liquidité, ratios financiers...). Les établissements ont également été amenés à régler certains problèmes techniques comme le traitement budgétaire et comptable des émissions in fine.

L'émission CHU3 a été un échec.

- **La dégradation de la note des hôpitaux par Moody's :**

Mi-juillet 2012, l'agence de notation Moody's a abaissé de "Aaa" à "Baa1" la note des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) de France. Ces EPS ont été mis sous "surveillance négative", en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'outre-mer. Les CHU ont également subi une dégradation de leur note de "Aaa" à "A1" et sont également placés sous "surveillance négative".

La mise sous surveillance négative signifie que la note peut être à nouveau abaissée dans les trois mois qui suivent.

L'agence justifie cette dégradation par une "détérioration rapide de la situation financière de certains hôpitaux" français, en citant notamment le CHU de Fort-de-France en Martinique. Les difficultés de cet établissement ont eu un "impact négatif" sur l'évaluation des autres EPS. Plus généralement, Moody's souligne "un contrôle du gouvernement sur les hôpitaux publics moins efficace que ce qui avait été anticipé initialement", et une "pression particulièrement forte sur la trésorerie des hôpitaux publics".

D'autre part, l'agence de notation estime que l'objectif de retour à l'équilibre en 2017 que s'est fixé la France accentuera cette pression financière, en imposant de nouvelles "contraintes budgétaires sur les transferts de fonds publics" vers le secteur hospitalier. Cette nouvelle est préjudiciable à la mise en œuvre d'un nouvel emprunt obligataire et interpelle sur les établissements à y inclure.

- **Le projet d'une quatrième émission obligataire :**

Pour l'émission obligataire CHU 4, compte tenu du durcissement des conditions de marché, les EPS ont envisagé une nouvelle forme de portage afin d'entrer sur le marché obligataire. Il a été envisagé que l'émission se fasse par le biais d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), une instance ad hoc, juridiquement identifiée.

Cette organisation suppose que le GCS se substitue aux directions des finances jusqu'alors mobilisées pour effectuer le remboursement des coupons chaque année et in fine du capital. Il n'est pas prévu, en revanche, de solidarité entre les membres, bien qu'il soit prévu une constitution du GCS avec un capital de 100 M€.

Après étude de la solution par la Direction Générale de l'Offre de Soins, la conclusion semble être l'éviction de cette proposition. En effet, il apparaît que le projet de GCS est soit disproportionné, une convention suffisant à identifier clairement un interlocuteur unique et assurer la réassurance des marchés et des banques, soit dangereux, dès lors qu'il aboutirait à des tensions financières et à une complexification du système actuel.

2) Le billet de trésorerie :

Le billet de trésorerie constitue une solution potentielle, dont la mise en œuvre serait inédite pour les établissements publics de santé.

- **Définition :**

Les billets de trésorerie sont « des titres de créance négociables. Il s'agit de titres financiers émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé ou de gré à gré, qui représentent un droit de créance et sont inscrits dans un compte-titres tenu par un intermédiaire (stipulés au porteur). »

Les billets de trésorerie présentent les caractéristiques suivantes :

- Une échéance fixe comprise entre un jour et un an. En pratique, 25% des billets sont émis pour des périodes variant de 1 jour à 10 jours.
- Le montant unitaire doit être au moins égal à la contrevaletur de 150 000 €.
- Ils impliquent le paiement de taux d'intérêts fixés et négociés lors de l'émission.
- Ils peuvent être garantis par un établissement de crédit habilité par son statut à délivrer une telle garantie ou par une entreprise d'investissement répondant à certaines conditions.

De même que pour les émissions obligataires, l'établissement émetteur de billets de trésorerie doit être évalué au préalable et recevoir une note de la part d'une agence de notation.

Deux exceptions existent concernant les titres en négociation sur un marché réglementé de l'Espace Economique Européen ainsi que les sociétés qui bénéficient d'un garant disposant lui-même d'une notation.

- **Le projet de mise en œuvre des billets de trésorerie :**

Mi-2012, ce projet a été soutenu par la DGOS. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale comportait une disposition visant à modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'autoriser les centres hospitaliers régionaux listés par décret à émettre des billets de trésorerie dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux.

Cette disposition du PLFSS a finalement été censurée par le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 13 décembre 2012.

Malgré les avantages évidents d'un tel instrument, les billets de trésorerie ne peuvent être appliqués de manière globale et définitive pour répondre aux besoins de liquidités des EPS. Ainsi, seuls les établissements disposant d'une surface financière suffisante peuvent être intéressés dans la mesure où le montant minimal d'un billet de trésorerie est de 150 000€. De plus, l'établissement doit disposer des compétences financières suffisantes pour être à même de gérer ces instruments financiers.

Seuls les CHRU pourraient théoriquement bénéficier des billets de trésorerie alors même qu'il s'agit des structures capables de négocier des lignes de trésorerie avec les acteurs

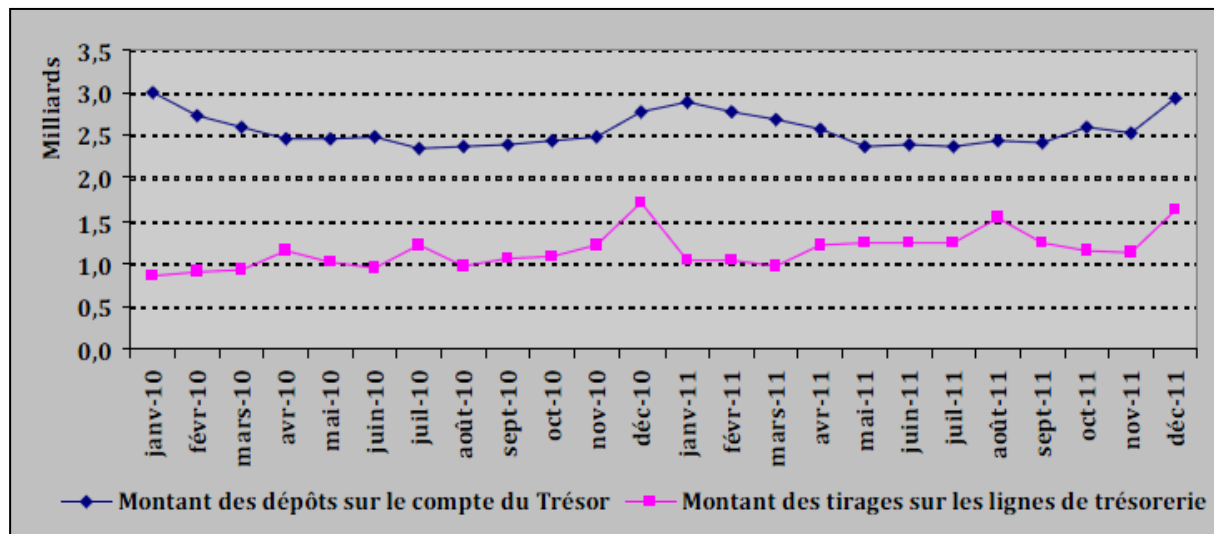
bancaires. Cette solution ne permet pas de résoudre le problème d'accès aux liquidités des EPS qui rencontrent des difficultés à obtenir des lignes de trésorerie auprès des établissements de crédit.

L'intérêt de l'accès aux billets de trésorerie par les établissements publics de santé et de la modification du code monétaire est financier n'a donc pas été prouvé.

3) Une gestion mutualisée de l'ensemble des établissements publics de santé :

Les établissements publics de santé ayant un excédent de trésorerie sont tenus de déposer leurs fonds au Trésor sur un compte dédié (« Compte au Trésor »), en application des dispositions de l'article 47 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Graphique : Montant des dépôts des hôpitaux sur le compte du Trésor et montants des tirages sur les lignes de trésorerie (janvier 2010 – décembre 2011)



Source : Données DGFIP – Traitement mission IGF - IGAS

D'après le graphique, le Compte au Trésor présente un solde largement positif et supérieur au besoin total en liquidités des établissements publics de santé (correspondant au montant des tirages sur les lignes de trésorerie sur le graphique).

Il peut alors être envisagé de mutualiser la trésorerie excédentaire déposée sur le Compte au Trésor pour financer les besoins de liquidité à court terme des établissements qui en ont besoin.

A la demande de la Direction de la Sécurité Sociale, l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) a expertisé la faisabilité de ce projet. Elle conclut dans un premier temps à une faisabilité technique mais pas à une solution durable compte tenu des adaptations à mettre en œuvre.

Ainsi, certaines contraintes majeures dans la réalisation de cette solution apparaissent. Tout d'abord, il existe un risque d'aléa moral sur la gestion de la trésorerie des établissements publics de santé. Des effets pervers de plusieurs types peuvent être identifiés. Le principe de solidarité n'encourage pas les établissements à assainir leur gestion financière si leur déficit peut être compensé par l'excédent d'autres hôpitaux (qui eux ont une gestion en partie plus efficace).

Des problèmes de remboursement peuvent également se poser. On peut envisager des délais dans les remboursements ou des remboursements partiels, les établissements en difficulté comptant sur la solidarité des autres EPS.

Enfin, la mutualisation est contraire au principe d'autonomie de gestion des structures hospitalières et de responsabilisation des gestionnaires par rapport à l'équilibre financier.

Par ailleurs, la mutualisation des liquidités diminuerait le montant des dépôts sur le Compte au Trésor et pourrait impacter la gestion de la dette publique.

Ceci donnerait lieu à une augmentation directe de la charge de la dette, le montant devant être compensé par l'émission de dette publique à moyen et long termes. L'Agence France Trésor estime qu'en cas de remise en cause totale de l'obligation de dépôt au Trésor, « le surcroît direct de charge de la dette serait de l'ordre de €80 M par an sur la base des taux anticipés pour 2013 et de l'ordre de €90 M sur la base des taux anticipés pour 2014 ».

De plus, la mutualisation de la trésorerie pourrait contribuer à la dégradation des conditions de financement de l'Etat français. La diminution du dépôt des EPS conduirait mécaniquement l'Etat à augmenter son besoin de financement. Il devrait alors mobiliser des ressources de financement à court, moyen et long termes. Un besoin de financement supplémentaire constitue un mauvais signal pour les marchés financiers et pourrait contribuer à une dégradation de la note de la France et des conditions d'accès aux financements pour l'Etat français.

La mise en œuvre de la mutualisation de la trésorerie pour les établissements publics de santé peut conduire les autres structures publiques et notamment les collectivités territoriales à formuler la même requête pour accéder à des liquidités, dans un contexte économique difficile.

Pour information, l'extension de cette réforme à l'ensemble du secteur public local aurait pour conséquence une levée nécessaire de près de € 40Mds sur les marchés financiers.

L'ensemble de ces éléments concourent à la mise en évidence des difficultés à la réalisation du projet de mutualisation de la trésorerie.

4) La mise en place d'un dispositif généralisé d'avance de trésorerie :

Un dispositif généralisé d'avance de trésorerie pourrait être envisagé. Il serait géré directement par un service de l'Etat ou par un organisme indépendant se refinançant à des conditions proches de celle de l'Etat.

Ce système pourrait remplacer à terme les emprunts court terme classiques accordés par les structures bancaires car ils bénéficieraient des conditions d'emprunt propres à l'Etat français et par conséquent de taux très avantageux. De plus, à conditions financières équivalentes, les hôpitaux préféreront solliciter les prêteurs étatiques.

Cette solution présente un certain nombre d'inconvénients dans la mise en pratique et notamment celui de l'aléa moral évoqué avec la mutualisation de la trésorerie des hôpitaux.

Le recours à l'Etat en tant que prêteur ne met pas en jeu d'auto-régulation du secteur hospitalier. L'Etat peut être considéré comme le garant naturel d'une éventuelle défaillance d'un EPS et contraint d'assumer la perte occasionnée.

Cette solution suppose la mise en œuvre d'un programme d'émission pour en assurer le financement. Le risque de contagion à l'ensemble du secteur public local (de la même manière que la mutualisation) constitue également un point d'attention.

La modification du droit communautaire est à envisagée compte tenu du risque de généralisation du dispositif venant en remplacement de l'offre bancaire classique.

Enfin, se pose la question du recours des établissements privés de santé contraints de se financer auprès des établissements de crédit à des taux supérieurs.

Finalement, un dispositif généralisé d'avances de trésorerie semble difficile à mettre en œuvre.

5) Des solutions intermédiées :

Les solutions intermédiées permettraient aux établissements publics de santé de contracter des emprunts par des acteurs bancaires en marge du circuit classique.

En 2012, des progrès ont été faits dans une période où les établissements publics de santé et les collectivités étaient en concurrence sur **l'enveloppe de la Caisse des Dépôts et des Consignations** (CDC). Ainsi, l'enveloppe de 3 milliards € a attribué 500 millions € aux établissements publics de santé.

De nombreuses pistes ont été envisagées par les pouvoirs publics et les EPS. Ainsi, la banque postale, organisme prioritairement tourné vers les collectivités, a été envisagée comme relai au désengagement de Dexia.

Le transfert de la gestion de la dette à un **organisme dédié** peut également être envisagé. Cette structure serait responsable à la fois de la gestion de l'encours de dette mais aussi des futures levées de crédit pour l'établissement hospitalier.

III- La place des médicaments dans la gestion financière hospitalière

A) Le médicament : deuxième poste de dépenses à l'hôpital

Il s'agit de mettre en évidence la part attribuée au médicament dans les dépenses hospitalières et d'estimer les marges possibles d'amélioration de l'efficacité de sa gestion.

1) Augmentation des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital

a) Les coûts directs liés aux achats de médicaments par l'hôpital

Selon l'ANSM, le marché du médicament en France représentait 27,1 Mds€ de chiffre d'affaires en 2009. Les établissements publics de santé constituent une part significative et croissante de ce marché car ils représentaient 20% du marché du médicament (soit 5,5 Mds€). Les achats de médicaments ont progressé de 8% en moyenne par an depuis 1999. On constate que la part de marché des EPS a pratiquement doublé en 20 ans.

Le médicament représente près de 10 % des charges d'exploitation des hôpitaux, avec toutefois de fortes variations en fonction de l'activité de l'établissement (ex: centres de prise en charge des patients cancéreux).

Le marché du médicament à l'hôpital est un marché compartimenté en trois segments distincts dont la dynamique est différente, où l'intensité de la concurrence est très inégale et qui sont soumis ou non à une logique de prix administrés :

- Les médicaments inclus dans les différents tarifs des groupes homogènes de séjours :

Ils sont soumis à la concurrence, notamment à celle des génériques. Les dépenses pour cette catégorie de médicaments sont stables.

Le montant total de dépenses associées est de près de 1,8 Mds€ soit 31% des dépenses totales.

- **Les médicaments onéreux remboursés par l'assurance-maladie en sus des GHS :**

Ce sont des produits innovants et exclusifs à quelques exceptions près (érythropoïétines, immunoglobulines, certaines molécules anticancéreuses), inscrits sur une liste réglementaire. Ils sont dotés d'un tarif de responsabilité négocié par les pouvoirs publics avec les laboratoires. Ils sont encadrés par les contrats de bon usage signés avec les agences régionales et peuvent être rayés de la liste en sus.

Ces molécules sont très largement responsables de la progression des dépenses de médicaments et représentent un montant de dépenses de près de 2,5 Mds€ soit 43% des dépenses totales ;

- **Les médicaments inscrits sur la liste de rétrocession, disponibles au public à la Pharmacie à Usage Intérieur:**

Ces médicaments sont souvent innovants, peu susceptibles d'être concurrencés par un équivalent thérapeutique ou un générique.

Le prix de vente est fixé règlementairement. L'activité de rétrocession à l'hôpital a été très dynamique jusqu'en 2004 (représentant près d'1,7 Mds €) puis a connu un fort recul à partir de la réforme de 2005 (vente en officine de spécialités disponibles auparavant uniquement à l'hôpital).

Ils représentent en 2009 un montant de dépenses de près de 1,45 Mds€ soit 25% des dépenses totales.

Par ailleurs, en dépit de l'augmentation du nombre de références de médicaments ainsi que celui des fournisseurs, le marché du médicament à l'hôpital est fortement concentré :

- 20 médicaments représentent 42,2 % des dépenses hospitalières en 2009. Ils sont pour la plupart en exclusivité et remboursés hors GHS. Ils appartiennent à la catégorie des antinéoplasiques, immunomodulateurs, sang et organes hématopoïétiques ou anti-infectieux.

- Une dizaine de grands laboratoires représentent plus de 50 % des achats hospitaliers.

b) Les coûts associés aux erreurs médicamenteuses :

Les établissements de santé doivent souscrire des contrats de responsabilité civile hospitalière contre les risques liés à leurs activités médicales. Face à l'augmentation des procédures contentieuses et à l'alourdissement du coût des sinistres, les assureurs qui se sont maintenus sur le marché ont sensiblement augmenté leur tarification du risque de responsabilité hospitalière.

Au sein de la responsabilité civile hospitalière, le risque médicamenteux concerne les activités internes de soins, la rétrocession et les activités pour le compte d'autres établissements et notamment les préparations.

15 000 à 60 000 personnes hospitalisées sont victimes chaque année d'effets indésirables graves et évitables liés aux médicaments. Les données disponibles sur le coût des erreurs médicamenteuses à l'hôpital restent limitées.

Le rapport de l'IGAS sur le circuit du médicament fait référence à une étude visant à analyser les conséquences socio-économiques des 113 cas d'effets indésirables d'origine médicamenteuse, ayant duré au moins 5 jours et notifiés au centre régional de pharmacovigilance de Bordeaux pendant 3 mois d'août à novembre 1999. Le coût direct moyen d'un effet indésirable médicamenteux a été estimé à 5.305 €, ce qui représente 6 288 € si l'on actualise ce montant. Ce coût couvre les soins et indemnités journalières.

De plus, le rapport fait aussi écho d'une analyse proposée par l'Observatoire des risques médicaux sur la période 2006-2009 relative aux dossiers clos d'accidents médicaux d'un préjudice supérieur à 15 000 €. Sur ces 4 ans, 4 083 accidents médicaux coûteux ont entraîné une charge globale de 470,8 M€ prenant en compte l'indemnisation et la prise en charge des tiers-payeurs. Les accidents dus à la prescription ou à la délivrance de produits concernent 3 % des dossiers.

2) La gestion des achats par la Pharmacie à Usage Intérieur

a) La situation actuelle

Dans les textes, le directeur d'hôpital a une compétence générale pour régler les affaires de l'établissement dont il est le représentant légal. Dans le domaine des achats, sa responsabilité juridique est entière puisqu'il est chargé de la définition de la politique d'achat, du choix de l'offre économiquement la plus avantageuse et de la signature des marchés.

Cette compétence du directeur en matière d'achat ne s'oppose pas à ce que le choix des fournisseurs de médicaments résulte d'une démarche collégiale, associant les différentes compétences techniques de l'établissement.

La législation ne prévoit pas que les achats de médicaments à l'hôpital soient assurés par le pharmacien. Cependant, la participation nécessaire du pharmacien a, en pratique, souvent dérivé vers une large prise en charge des achats de médicaments par la pharmacie hospitalière. Elle gère l'estimation des besoins, la définition des spécifications techniques, la rédaction des cahiers des charges, le choix des procédures et des modalités d'allotissement, la définition et la pondération des critères, l'analyse des offres, la notification des marchés et l'archivage papier des dossiers.

Ainsi, en pratique, les achats de produits pharmaceutiques concernent très directement le pharmacien puisqu'il assure les actes d'exécution des marchés pour l'approvisionnement des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Le pharmacien est de ce fait, un « *acteur essentiel participant à la définition des besoins et des critères de choix techniques pour les achats de produits pharmaceutiques* ».

Dans de nombreux établissements, des cellules spécifiques achats au sein de la PUI mobilisent un voire deux pharmaciens et plusieurs agents administratifs pour cette gestion très large du processus d'achats des médicaments et dispositifs médicaux. Les liens avec les services économiques, qui sont en charge des autres achats de l'hôpital, peuvent être réduits à la sous-traitance d'opérations purement matérielles (publicité, ouverture des plis) et à la vérification de la légalité externe des procédures de marché lancées par la pharmacie.

La gestion des achats par le pharmacien présente un certain nombre d'avantages et ne constitue pas un facteur de moindre performance dans l'achat des médicaments mais la situation n'apparaît pas optimale.

b) Pistes d'optimisation de la gestion

La gestion des achats est assez efficace mais le rapport de l'IGAS témoigne de certaines situations inappropriées :

- Une tenue des dossiers peu rigoureuse ;
- Un éparpillement des pièces justificatives ;
- Une difficulté à reconstituer les bases du processus décisionnel ;
- Un recours peu sécurisé à des procédures dérogatoires (urgence) ;
- Des irrégularités formelles importantes avec des irrégularités relatives aux délais ou aux signatures.

On constate actuellement que la gestion assurée par la pharmacie hospitalière d'une fraction très importante des marchés hospitaliers se traduit par plusieurs difficultés.

- **L'émiettement de la fonction achat à l'hôpital :**

La fonction achat représente 25 % des dépenses d'un hôpital mais relève de plusieurs entités dont la pharmacie, les services économiques voire les services travaux. Cette structure dispersée empêche la mise en œuvre d'une politique commune d'achats alors même que les enjeux sont communs.

- **La forte massification des achats hospitaliers :**

Les équipes en charge des achats sont confrontées à la gestion d'un volume important de médicaments. Ces équipes sont souvent réduites et peu formées à la commande publique. Par conséquent, afin de simplifier le processus, les commandes sont effectuées de manière massive au travers de très grandes procédures pluriannuelles, si bien que les EPS perdent en réactivité et ne saisissent pas les opportunités de marché. On note cependant que les contrats annuels renouvelables présentent les avantages de limiter les charges de gestion et d'assurer une relative stabilité des références.

Dans le processus d'achat, les critères pris en compte sont la qualité et le prix. Une différenciation serait certainement nécessaire entre les produits basiques relevant davantage d'une approche prix et les produits plus sensibles relevant davantage d'une approche qualité.

Dans ce cadre, le pouvoir de négociation dans le cadre des achats hospitaliers est alors amoindri.

Il serait intéressant pour les structures hospitalières de mettre en place une approche différenciée du processus d'achats. La plus grande partie des références serait commandée

par le biais de marchés stables de 2 à 3 ans alors que les molécules plus concurrentées ou onéreuses seraient commandées au travers de marchés annuels.

- **Un consensus limité entre pharmaciens et prescripteurs, peu productif dans la définition des achats :**

Le pharmacien assure le recensement des besoins, essentiellement sur la base des consommations passées et des évènements qu'il prévoit (évolution de structures et d'activité, innovations attendues ou génériques à venir). En ce qui concerne les nouveaux médicaments, les prescripteurs peinent à estimer la demande potentielle.

Le découpage des marchés de médicaments en lots doit être effectué en lien étroit avec les travaux de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) relatifs à la définition des équivalents thérapeutiques substituables et à la rédaction du livret thérapeutique de l'établissement.

Lors du COMEDIMS, un consensus entre le pharmacien et le prescripteur est souhaitable afin de regrouper les achats de molécules. En pratique, la collaboration est insuffisante. Cela conduit à un allotissement quasi systématique des marchés au niveau le plus fin de la molécule (niveau 5 de la classification ATC correspondant au sous-groupe pour la substance chimique). Cet allotissement présente l'avantage de permettre à un maximum d'entreprises d'entrer en compétition et d'assurer une certaine sécurité de l'approvisionnement. Cependant, ce processus ne permet pas de bénéficier d'un effet-volume et donc de remises tarifaires sur les commandes. De plus, les charges administratives sont accrues à cause de la multiplication des fournisseurs et des marchés mais aussi des commandes et des factures. Enfin, du point de vue de l'usage thérapeutique, un découpage trop fin peut générer des risques de confusions et d'erreurs dans les soins si les produits d'une même gamme pharmacologique mêlent des fournisseurs avec des présentations différentes.

- **Vers une mutualisation plus efficiente des achats :**

La mutualisation des achats est un processus déjà engagé au sein des établissements publics de santé.

Les structures les plus importantes ont mis en place une centralisation des achats.

Pour les autres établissements, le processus de mutualisation des achats s'est organisé au niveau départemental puis régional avec le soutien des ARS. On assiste également à un regroupement national avec la création en 2006 d'UniHA regroupant une cinquantaine des plus grands établissements publics (essentiellement des CHU).

La mutualisation des achats présente les avantages suivants :

- Les pharmaciens sont généralement déchargés de la gestion des achats de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- Les conditions tarifaires sont meilleures ;
- La sécurisation du parcours de soins est accrue au sein des différentes structures de soins d'un territoire car les médicaments dispensés seront a priori homogènes.

- **Les difficultés inhérentes à la mutualisation des achats :**

En pratique, si le processus de mutualisation des achats est enclenché, il se traduit à l'heure actuelle par l'agrégation des différentes références médicamenteuses demandées par les établissements. Il n'est pas le résultat de la mise en œuvre d'une stratégie globale sur la mise en place d'un référencement centralisé sur une partie conséquente des achats du groupement. On constate que les traitements médicamenteux entre établissements demeurent hétérogènes. Donc, les établissements peinent à obtenir un effet volume et une réduction de prix.

L'essor de la mutualisation des achats entre les structures hospitalières contribue à concentrer le marché du médicament autour d'un nombre restreint de fournisseurs. Ceci a pour conséquence une réduction de la concurrence sur un marché déjà monopolistique pouvant conduire à une hausse des prix et au retrait potentiel de certains acteurs du marché. Cette situation serait préjudiciable pour la santé publique.

La sécurité des approvisionnements peut également être mise en question avec des ruptures de stocks éventuelles chez des fournisseurs qui peinent à satisfaire des commandes massives s'ils ont plusieurs marchés importants.

Enfin, l'achat national peut aller à l'encontre de la possibilité de choix de fournisseurs locaux, ce qui tend à favoriser la cohésion au sein d'un établissement. Les petits EPS établissements peinent à faire vivre un groupement régional d'achat d'une taille critique suffisante, notamment dans les plus petites régions.

CONCLUSION

Le Ministère de la Santé estime qu'en 2013, les hôpitaux ont maintenu leurs efforts de productivité.

Dans un contexte de ressources contraintes, les économies demandées aux hôpitaux ont été quasiment absorbées, le résultat global et la capacité d'autofinancement n'enregistrant qu'un léger recul par rapport à 2012.

Les comptes financiers hospitaliers devraient permettre de confirmer cette tendance.

Le résultat global de 2013 - tous budgets confondus - des établissements publics serait d'environ - 70 M€ (versus 30M€ en 2012), soit 0,1 % du budget hospitalier. Les comptes hospitaliers peuvent alors être considérés à l'équilibre.

Ce résultat ainsi que la très forte concentration du déficit sur une trentaine d'établissements, confirme le caractère durable du retour à l'équilibre des hôpitaux, l'année 2012 ayant été marquée par la réalisation des travaux comptables préalables à la certification des comptes et par un niveau élevé de cessions d'actifs.

La capacité d'autofinancement des hôpitaux publics, après plusieurs années consécutives de croissance, s'établirait autour de 3,7 Md€ en 2013. Cette consolidation est en partie due à la certification ainsi qu'au resserrement de la contrainte économique.

La CAF continue de couvrir largement le remboursement en capital des emprunts (environ 2 Md€), ce qui explique que les hôpitaux ont eu un recours à la dette de moins de 1 Md€, contre 3 Md€ en 2008. Enfin, la trésorerie des hôpitaux se consolide à un haut niveau.

Au total, la restauration des grands équilibres financiers du secteur hospitalier est confirmée. L'accompagnement des établissements les plus en difficulté aura par ailleurs été renforcé.

BIBLIOGRAPHIE

www.sante.gouv.fr

Circulaire DGOS/R1 n°2013-144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé

Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier (2013), Rapport de l'IGAS - Dr. Pierre ABALLEA, Patrice LEGRAND, Arnaud VANNESTE - Inspection générale des affaires sociales - Avec la contribution de Pierre COLLETTE, stagiaire à l'IGAS. Didier BANQUY, Pierre PAINAULT - Inspection générale des finances.

www.reseau-chu.org

business.lesechos.fr : « Hôpitaux, un groupement pour émettre des obligations et des billets de trésorerie » par Cécile Desjardins

Lefigaro.fr : Moody's dégrade les hôpitaux français

Décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (JORF n°0290 du 15 décembre 2011 page 21194 texte n°19)

Article D. 6145-70 du Code de la Santé Publique

Arrêté du 07 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (JORF n°0108 du 8 mai 2012 page 8515 texte n°130)

Circulaire Interministérielle N°DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 du 09 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

Article D. 112-1 du code monétaire et financier

Code monétaire et financier – Banque de France

Article 47 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique

Les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire – Rapport de l'Inspection Générale des Finances N° 2012 – M – 072 – 02

Les Echos, 28 et 29 mai 2014 – « Les comptes des hôpitaux de nouveau déficitaires » par Vincent Collen

Finances Hospitalières, février 2012 – « Point sur la dette des hôpitaux publics » par Claire Bouinot, Direction des études de Dexia Crédit Local

Finances hospitalières, « Les contrats d'emprunts risqués »

Légifrance : Loi n° 2014-844 du 29 juillet 2014 relative à la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les personnes morales de droit public

Légifrance : Communiqué de presse du Conseil des ministres du 23 avril 2014 relatif à la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les personnes morales de droit public

http://www.assembleenationale.fr/14/dossiers/prets_structures_personnes_morales_droit_public.asp

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_Circulaire_Formation_Reseau_Endettement.pdf

Vernimmen, finance d'entreprise, Pierre Vernimmen, 2012

www.hopital.fr/

Le financement de l'activité de l'hôpital (Rapport de l'IGAS 2012)

Finance active : cabinet de conseil spécialisé dans les services technologiques et financiers de gestion de la dette et des financements, du risque de change, des placements, de la prospective financière et des cautions bancaires.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA CLASSIFICATION GISSLER

La plupart des emprunts structurés contractés par les collectivités comprennent au moins deux phases :

- Une phase bonifiée durant laquelle le taux payé par la collectivité est en deçà des taux de marché ;
- Une phase conditionnelle où le taux dépend de l'évolution de l'indice sous-jacent qui fluctue en fonction des conditions du marché.

La Charte de bonne conduite propose de classer les produits structurés en fonction de deux critères :

- L'indice sous-jacent servant au calcul de la formule : classement de 1 (risque faible) à 5 (risque élevé) ;
- La structure de la formule de calcul : classement de A (risque faible) à E (risque élevé).

Par souci de clarté, les taux fixes ou taux variables simples (type Euribor + marge) sont enregistrés en A1, bien qu'ils ne soient pas des produits structurés. Ceci permet de ne pas classer hors la charte les produits les plus simples afin d'éviter toute confusion avec les produits interdits. Elle permet également d'informer les lecteurs des comptes du niveau de risque global pris par la collectivité sur la totalité de son encours.

La catégorie F6 ne fait pas partie de la Charte. Elle ne se décline pas : elle est une catégorie à part entière. Les produits de change, les emprunts libellés en devises ainsi que les formules avec multiplicateur au-delà de 5 figurent en F6. Aucune catégorisation ne peut être effectuée en A6 ou F4 par exemple.

Enfin, l'annexe recense l'emprunt après couverture, ce qui signifie que si la collectivité en contractant un emprunt à risque a, en parallèle, acquies un instrument de couverture, le contrat est à reclasser dans la classification après couverture du risque.

- **Repérer les indices sous-jacents**

Le taux d'intérêt d'un emprunt structuré est déterminé en fonction d'indices sous-jacents. Ces indices, qui peuvent être des taux ou encore des parités de monnaies, sont des valeurs qui fluctuent plus ou moins fortement dans le temps, conditionnant ainsi la variation du taux d'intérêt. Ces indices sont classés de 1 à 5 en fonction de leur risque croissant.

(1) Indices zone euro

Il s'agit des taux d'échange interbancaire en zone euro (EURIBOR), des taux obligataires dans la zone euro, des CMS euro (*constant maturity swap*), du taux du Livret A, etc.

(2) Indices inflation française ou zone euro ou écarts entre ces indices

Il s'agit des indices retraçant l'évolution des prix en France, dans tout autre pays de l'union monétaire, ou des écarts entre ces indices (soustraction).

(3) Ecart d'indices en zone euro

Il s'agit de la différence entre deux indices classés (1). Par exemple, les produits de pente dont le taux est construit sur un différentiel de taux entre les taux longs et taux courts de la zone euro, du type CMS EUR 30 ans – CMS EUR 2 ans. Cette différence est communément appelée « spread » de taux.

(4) Indices hors zone euro et écarts d'indices dont l'un est un indice hors zone euro (mais dans la zone OCDE)

Indices monétaires ou obligataire hors zone euro, type LIBOR (taux interbancaire pratiqué au Royaume-Uni), STIBOR, CMS GBP, CMS USD, etc. On retrouve également des écarts entre indices situés en zone euro et hors zone euro.

(5) Ecart d'indices hors zone euro (mais dans la zone OCDE)

Il s'agit de la différence entre deux indices classés (4). Par exemple, les produits de pente hors zone euro de type CMS GBP 10 ans – CMS GBP 2 ans.

- **Repérer les structures**

Les prêts structurés sont la combinaison d'un produit bancaire classique et d'un ou plusieurs produits dérivés. La structure d'un prêt est la façon dont est construit le taux. Elle apparaît généralement sous la forme d'une formule dans les contrats, ce qui traduit l'existence d'une option ou d'un instrument à terme. La structure peut également démultiplier les effets de la variation d'un indice.

Dans les cas les plus simples et les moins risqués, le taux est égal à la variation de l'indice auquel s'ajoute la marge de la banque, c'est le cas d'un taux variable simple. Certains contrats font cependant apparaître des formules complexes où la variation de l'indice doit être multipliée par 3, 5, voire davantage, pour obtenir le taux d'intérêt applicable. La variation du taux d'intérêt est alors plus que proportionnelle à la variation de l'indice.

(A) Taux fixe simple, taux variable simple, échange de taux fixe contre taux variable et inversement, échange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique), taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel)

Cette catégorie regroupe les emprunts à taux fixe, taux variable simple ainsi que les produits assortis d'instruments de couverture permettant d'échanger des taux à risque contre un taux fixe ou variable simple (swap) ou permettant de se couvrir vis-à-vis de l'évolution des taux (option telles que les cap, floor ou tunnel).

(B) Barrière simple. Pas d'effet de levier

Un emprunt à barrière est un emprunt classique assorti d'une option dans lequel le taux est conditionné par la fluctuation de l'indice sous-jacent par rapport à un seuil fixé à l'avance (la barrière). La barrière est déterminée à l'avance dans le contrat de prêt et fait automatiquement basculer le taux sur la nouvelle structure ou le nouvel indice.

Si, pendant la durée du contrat, l'indice franchit le seuil de la barrière (dans un sens ou dans un autre, selon les modalités du contrat), le taux d'intérêt passe sur une nouvelle indexation (généralement supérieure au taux du marché). Il s'agit le plus souvent de passer d'un taux fixe à un taux variable.

Cependant, si un effet multiplicateur est également introduit, c'est-à-dire si le franchissement de la barrière conduit à une augmentation plus que proportionnelle du taux d'intérêt par rapport à l'indice sur lequel il est indexé, le produit structuré ne sera pas classé en B mais en D, E ou F6 (si multiplicateur supérieur à 5).

(C) Option d'échange (swaption)

Cette catégorie regroupe les produits dans lesquels la banque détient une option d'échange (de taux ou de parité) auprès de l'EPS qui devient la contrepartie. Avec les swaptions, la banque se réserve le droit de changer le taux (passer d'un taux fixe à un taux variable le plus souvent) durant la vie de l'emprunt, en fonction des conditions de marché. Selon les dispositions du contrat, la possibilité pour la banque de procéder à un changement de taux peut intervenir à tout moment ou être conditionnée par la fluctuation d'un indice (barrière). L'EPS a un rôle passif dans ce type de contrat.

(D) Multiplicateur jusqu'à 3 / multiplicateur jusqu'à 5 capé

La formule de taux fait apparaître un multiplicateur jusqu'à 3. Ainsi, le taux d'intérêt ne correspond plus seulement à l'évolution de l'indice mais à l'évolution multipliée par un chiffre allant jusqu'à 3.

Sont classés également dans cette catégorie les contrats incluant un multiplicateur jusqu'à 5 mais contenant un cap (plafond), qui est le taux maximum que la banque et l'EPS s'accordent à appliquer, quel que soit le taux calculé par la formule. Souvent cette formule s'applique dans le cadre d'un écart d'indice : le produit sera alors classé D3.

Le multiplicateur peut être négatif (précédé d'un « - »), dans ce cas, l'indice multiplié ou l'écart d'indice multiplié est généralement négatif. Le résultat de la formule de calcul est alors positif.

(E) Multiplicateur jusqu'à 5

La formule de taux fait apparaître un multiplicateur allant jusqu'à 5.

La catégorie « hors charte » (F6)

La catégorie « hors charte » recense les emprunts les plus risqués qui comprennent des indices ou une structure qui n'ont pas pu être répertoriés par les catégories précédentes. Cette catégorie correspond aux produits qui ne sont plus commercialisables par les établissements de crédit signataires de la Charte. Cela concerne notamment :

- Les emprunts libellés en devise ;
- Les emprunts dont l'indice sous-jacent est une parité monétaire ;
- Les produits dont le taux est basé sur le cours d'une matière première (blé, pétrole, métaux) ;

- Les structures comportant un multiplicateur supérieur à 5 ;
- Les produits à effet de structure cumulatif ou « effet boule de neige » (la formule de taux intègre le taux d'intérêt de l'échéance précédente) ;
- Les produits faisant référence à des indices propriétaires. Un indice propriétaire n'est pas un indice de marché. Il est développé par un établissement bancaire qui en détient donc la propriété. L'établissement bancaire est donc le seul à connaître les composantes de l'indice.

ANNEXE 2 :

JORF n°0174 du 30 juillet 2014

Texte n°1

LOI

**LOI n° 2014-844 du 29 juillet 2014 relative à la sécurisation des contrats de prêts structurés
souscrits par les personnes morales de droit public (1)**

NOR: FCPX1407802L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2014-695 DC du 24 juillet 2014 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, est validée la stipulation d'intérêts prévue par tout écrit constatant un contrat de prêt ou un avenant conclu antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi entre un établissement de crédit et une personne morale de droit public, en tant que la validité de cette stipulation serait contestée par le moyen tiré du défaut de mention, prescrite en application de l'article L. 313-2 du code de la consommation, du taux effectif global, du taux de période ou de la durée de période, dès lors que cet écrit constatant un contrat de prêt ou un avenant indique de façon conjointe :

1° Le montant ou le mode de détermination des échéances de remboursement du prêt en principal et intérêts ;

2° La périodicité de ces échéances ;

3° Le nombre de ces échéances ou la durée du prêt.

Article 2

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, est validée la stipulation d'intérêts prévue par tout écrit constatant un contrat de prêt ou un avenant conclu antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi entre un établissement de crédit et une personne morale de droit public, en tant que la validité de cette stipulation serait contestée par le moyen tiré de la mention d'un taux effectif global, d'un taux de période ou d'une durée de période qui ne sont pas déterminés conformément à l'article L. 313-1 du code de la consommation, dès lors que cet écrit constatant un contrat de prêt ou un avenant indique de façon conjointe :

1° Le montant ou le mode de détermination des échéances de remboursement du prêt en principal et intérêts ;

2° La périodicité de ces échéances ;

3° Le nombre de ces échéances ou la durée du prêt.

Lorsqu'un écrit tel que celui mentionné au premier alinéa mentionne un taux effectif global inférieur au taux effectif global déterminé conformément au même article L. 313-1, l'emprunteur a droit au versement par le prêteur de la différence entre ces deux taux appliquée au capital restant dû à chaque échéance.

Article 3

Sont exclus du champ de la présente loi les écrits constatant un contrat de prêt ou un avenant comportant un taux d'intérêt fixe ou un taux d'intérêt variable défini comme l'addition d'un indice et d'une marge fixe exprimée en points de pourcentage.

Article 4

Dans un délai de huit mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur la réforme du taux effectif global.

Ce rapport s'attachera à proposer, au regard des jurisprudences récentes, des évolutions permettant de garantir l'information et la protection des emprunteurs professionnels ou personnes morales, en examinant notamment la possibilité d'obliger les prêteurs à indiquer le taux effectif global maximal que l'emprunteur pourrait être amené à payer.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 29 juillet 2014.

François Hollande

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Manuel Valls

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel Sapin

La ministre de la décentralisation et de la fonction publique,

Marylise Lebranchu

(1) Loi n° 2014-844. - Travaux préparatoires : Sénat : Projet de loi n° 481 (2013-2014) ; Rapport de M. Jean Germain, au nom de la commission des finances, n° 515 (2013-2014) ; Texte de la commission n° 516 (2013-2014) ; Discussion et adoption, après engagement de la procédure accélérée, le 13 mai 2014 (TA n° 111, 2013-2014). Assemblée nationale : Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 1940 ; Rapport de M. Christophe Castaner, au nom de la commission des finances, n° 2093 ; Discussion et adoption le 10 juillet 2014 (TA n° 380). Sénat: Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 721 (2013-2014) ; Rapport de M. Jean Germain, au nom de la commission des finances, n° 726 (2013-2014) ; Texte de la commission n° 727 (2013-2014) ; Discussion et adoption le 17 juillet 2014 (TA n° 160, 2013-2014). - Conseil constitutionnel : Décision n° 2014-695 DC en date du 24 juillet 2014 publiée au Journal officiel de ce jour.

RESUME

Les établissements publics de santé (EPS) financent leurs investissements par de la dette long terme. Le montant global de la dette a été multiplié par un facteur supérieur à 3 entre 2000 et 2013 évoluant de € 8,9 milliards à € 29 milliards. Cette augmentation s'explique en partie par les deux plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012 visant à promouvoir une politique d'investissement hospitalier.

L'Observatoire de la Dette (ODT), déployé par le Ministère de la Santé à partir de 2010, permet de caractériser les encours de dette de 820 établissements publics de santé (soit 87% de répondants).

Ainsi, à l'augmentation du volume global de dette s'ajoute une évolution de sa nature avec la souscription depuis le début des années 2000 de lignes d'emprunts structurés (impliquant des instruments dérivés).

De plus, depuis la crise financière de 2007, le paysage bancaire a été bouleversé, modifiant les conditions d'accès au crédit pour les EPS. La question de l'identification de nouveaux moyens de financement se pose alors, notamment auprès des instances de tutelle.

Enfin, il conviendra de s'interroger sur l'impact du médicament dans la structure financière de l'EPS et d'estimer les marges d'amélioration possibles dans l'efficacité de sa gestion.

TITRE ET RESUME en anglais : The indebtedness of the hospitals

Hospitals contract long term debt to finance their investments. The global amount of debt increased from €8.9 Billion in 2000 to €29 Billion in 2013. This is to be related to the "Hôpital 2007" and "Hôpital 2012" national plans that aimed to promote investments.

The Ministry of Health has deployed the "Observatory of Debt" (ODT) since 2010. The platform details the debt structure of 820 hospitals (87% of the total number).

Thus, it highlights that the debt characteristics have changed since the early 2000's especially with the subscription of structured loans (implying derivatives).

Furthermore, the banking industry has been deeply impacted by the financial crisis of 2007 so that the hospitals must cope with difficulties to access credit. The authorities of supervision have no choice but to formulate new financing solutions.

Finally, the thesis will focus on the impact of drugs on the financials of the hospitals and on the potential improvement of its management.

DISCIPLINE

Pharmacie

MOTS CLES

Etablissements publics de santé, Ministère de la Santé, dette, investissement, financement, emprunts structurés, médicament, pharmacie à usage intérieur

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen – 146 Rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX