

Chapitre VII

Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics

PRESENTATION

Selon les premières données disponibles fin mai 2013, encore partielles et provisoires, les hôpitaux publics, qui réalisent 58 % des séjours hospitaliers²³⁹, auraient renoué avec l'équilibre en 2012, et paraîtraient avoir atteint ainsi l'objectif fixé par les pouvoirs publics en 2008 après plusieurs années de forts déficits. Leur résultat global consolidé²⁴⁰ s'établirait en effet à +143,6 M€, contre -304,6 M€ en 2011, pour un total de produits de 70,3 Md€²⁴¹.

Dans le prolongement des travaux menés en 2010²⁴², la Cour et 13 chambres régionales des comptes²⁴³ ont examiné les conditions et les limites de ce redressement.

Après avoir étudié l'évolution récente de la situation financière des établissements publics de santé (I), dont le rétablissement en 2012 s'explique en grande partie par des éléments circonstanciels, les juridictions financières analysent les facteurs de déséquilibre qui continuent de peser sur leurs comptes (II) et soulignent la nécessité d'un renforcement des actions structurelles menées par les agences régionales de santé pour améliorer la productivité hospitalière (III).

239. Le secteur privé non lucratif réalise 11 % des séjours hospitaliers et les cliniques commerciales 31 % (chiffres 2011).

240. Le compte de résultat global d'un hôpital est constitué de son compte de résultat principal et de ses comptes de résultat annexes (unités de soins de longue durée, instituts de formation des infirmiers, patrimoine immobilier de la dotation non affectée aux soins etc.). La somme des résultats de l'ensemble des hôpitaux est qualifiée de résultat « consolidé » (qu'il s'agisse du résultat global ou du résultat principal), bien que les hôpitaux soient des établissements publics autonomes.

241. Le champ concerné est celui des 865 établissements publics de santé pour lesquels les comptes financiers 2011 et les rapports infra-annuels de décembre 2012 ont pu être collectés par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

242. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux publics, La Documentation française, septembre 2010, p. 261-292, disponible sur www.ccomptes.fr.

243. Ont participé à cette enquête les chambres régionales des comptes d'Alsace, Aquitaine Poitou-Charentes, Auvergne Rhône-Alpes, Basse-Normandie Haute-Normandie, Bourgogne Franche-Comté, Centre Limousin, Champagne-Ardenne Lorraine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord – Pas-de-Calais – Picardie, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire.

I - Un équilibre 2012 largement circonstanciel

Alors que la situation financière des hôpitaux se caractérisait en 2011 par des résultats toujours déficitaires et une accentuation des difficultés de trésorerie des établissements les plus fragiles, leurs résultats connaissent une nette amélioration en 2012, en grande partie imputable cependant à l'évolution des enregistrements comptables, concernant notamment les aides d'urgence octroyées en fin d'exercice.

A – Des résultats 2012 qui se démarquent de la chronique des déficits passés

D'après les résultats provisoires disponibles en mai 2013²⁴⁴, les comptes des établissements publics de santé (EPS) se seraient améliorés de près de 450 M€ en 2012, le résultat global (somme des déficits et des excédents du budget principal et des budgets annexes) renouant pour la première fois depuis 2006 avec l'équilibre, à +143,6 M€, contre -304,6 M€ en 2011.

Tableau n° 60 : situation budgétaire 2012 par catégorie d'établissements (données provisoires)

En M€

Catégorie ²⁴⁵	Charges globales	Produits globaux	Résultat global
Centres hospitaliers universitaires (CHU)	26 995,5	27 021,4	25,8
Centres hospitaliers (CH)	35 981,1	36 051,4	70,3
CH ex hôpitaux locaux (HL)	3 119,4	3 147,0	27,6
CH ex centres hospitaliers spécialisés (CHS)	5 531,4	5 548,3	16,9
Unités de soins de longue durée (USLD) publiques	320,5	323,4	2,9
Total	71 948,0	72 091,6	143,6

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

244. Ces résultats sont traditionnellement assez proches des résultats définitifs des comptes financiers.

245. Les établissements publics de santé sont classés en cinq catégories. De taille importante, les centres hospitaliers et universitaires (CHU) se différencient des centres hospitaliers (CH) notamment par leur activité de recherche et d'enseignement. Les centres hospitaliers spécialisés (CHS) assurent les soins psychiatriques. Enfin, les ex-hôpitaux locaux (HL) et les unités de soins de longue durée (USLD) sont davantage tournés vers la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

Le résultat principal, relatif aux activités de court et moyen séjour ainsi que de psychiatrie, tout en connaissant une sensible amélioration, resterait cependant déficitaire en s'établissant à -97,4 M€, contre -497,2 M€ en 2011.

Cette évolution est en décalage avec la succession des déficits enregistrés depuis plusieurs années. Depuis le passage des activités de médecine, chirurgie, obstétrique à la tarification à l'activité, les EPS ont affiché des résultats consolidés négatifs, les faibles excédents dégagés par les anciens hôpitaux psychiatriques et les anciens hôpitaux locaux ne compensant pas les pertes globales des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers. Si les établissements excédentaires apparaissaient majoritaires en nombre, ceux qui étaient déficitaires réalisaient plus de 60 % du chiffre d'affaire de l'ensemble : en 2011, 598 hôpitaux dégageaient un résultat principal consolidé excédentaire de 280,4 M€, tandis que 345 avaient un déficit principal consolidé de 616,2 M€²⁴⁶. Ce dernier était fortement concentré : la moitié en était imputable à 13 établissements et 80 % à 64 établissements.

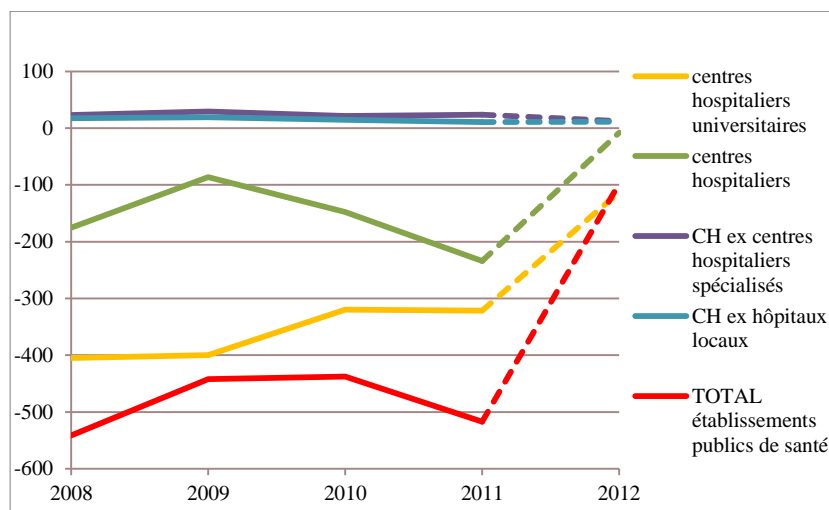
La tendance observée avant 2012 était peu favorable : après un léger rétablissement en 2009 et 2010, le résultat principal consolidé des EPS s'était à nouveau dégradé en 2011, retrouvant un niveau proche de celui constaté en 2008. Cette dégradation était principalement imputable aux centres hospitaliers, les centres hospitaliers universitaires (CHU) stabilisant leur déficit, comme le montre le graphique suivant²⁴⁷.

246. Chiffres concernant les 943 établissements publics de santé ayant transmis leurs comptes financiers 2011 à l'ATIH.

247. Ce graphique retrace les résultats des 858 établissements pour lesquels des comptes financiers homogènes sont disponibles sur la période 2008-2011. De manière à garantir cette homogénéité, l'ATIH distingue trois périmètres : 858 EPS pour l'évolution 2008/2011 ; 943 EPS pour les comptes financiers 2011 ; 865 EPS pour l'évolution 2011/2012, fondée sur la comparaison des comptes financiers 2011 et des rapports d'activité intermédiaires de décembre 2012.

Graphique n° 8 : évolution du résultat principal des établissements publics de santé de 2008 à 2012 (données provisoires)

En M€



Note : Les données prévisionnelles pour 2012 sont issues des troisièmes rapports infra-annuels collectés par l'agence technique de l'information hospitalière

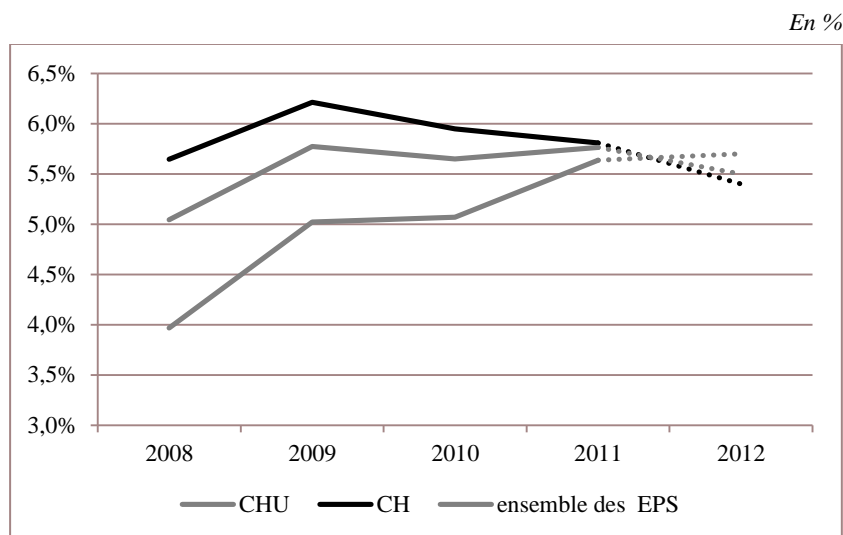
Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; graphique Cour des comptes

Le redressement des comptes qui se manifeste pour 2012 concerne les centres hospitaliers aussi bien que les centres hospitaliers universitaires. Ces derniers contribuent à près de 60 % au redressement du résultat global, les améliorations les plus spectaculaires étant observées pour le CHU de Fort-de-France (dont le résultat passe de -99 M€ à +8 M€), l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP, de -72 M€ à -20 M€), et le CHU de Caen (de -9,2 M€ à +11 M€).

Ce rétablissement est cependant hétérogène : se constate la persistance de situations déficitaires, représentant un déficit global cumulé de -308 M€ en 2012, soit une diminution quasiment de 50 % par rapport à 2011. La moitié de ce déficit est portée par 36 établissements.

La capacité d'autofinancement, qui mesure la capacité des hôpitaux à rembourser leur dette et financer leurs amortissements, se stabilise en 2012 à un niveau proche de 4 Md€, après être passée de 3 177 M€ en 2008 à 4 002 M€ en 2011. Rapportée aux produits globaux, elle progresse de 5 % en 2008 à 5,8 % en 2011, pour diminuer à environ 5,5 % en 2012. Les CHU voient ce ratio passer de 4 % en 2008 à plus de 5,6 %, devenant ainsi légèrement supérieur à celui des CH.

Graphique n° 9 : évolution du taux de capacité d'autofinancement sur produits globaux des établissements publics de santé de 2008 à 2012 (données provisoires)



Note : Les données prévisionnelles pour 2012 sont issues des troisièmes rapports infra-annuels collectés par l'agence technique de l'information hospitalière

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; graphique Cour des comptes

B – Un rétablissement imputable notamment à des recettes exceptionnelles et à des ajustements comptables

Sans préjudice des gains de productivité qu'ont pu connaître certains établissements, mais qui ne sont pas à ce stade précisément documentés, l'amélioration observée en 2012 s'explique par la conjonction de plusieurs éléments qui donnent au résultat de l'année un caractère exceptionnel. Les principaux facteurs de redressement apparaissent en effet de nature soit non-reconductibles, soit strictement comptables.

1 – Une hausse des cessions d'actifs et des aides d'urgence

L'augmentation des plus-values sur cessions d'actifs contribue à hauteur de 97 M€ à l'amélioration du résultat. Cette croissance tient à un certain nombre d'opérations non reconductibles (notamment 60 M€ de cessions brutes à l'AP-HP, 43 M€ aux hospices civils de Lyon, 35 M€ pour le CH d'Annecy).

À la suite du tarissement des concours bancaires de court terme consécutif à la crise financière, les aides d'urgence accordées aux hôpitaux les plus fragiles ont augmenté. Présentés comme des soutiens en trésorerie, ces financements, en réalité définitifs, sont passés de 275 M€ en 2011 à 400 M€ en 2012. Financés au sein de l'ONDAM hospitalier, ils ont eu pour effet de réorienter une partie des dépenses d'assurance-maladie au profit des établissements en situation difficile. Les aides d'urgence apportées au CHU de Fort-de-France (84 M€ en 2012) ont ainsi fortement contribué à l'amélioration de +107 M€ de ses comptes. Le CHU de Caen a reçu 23 M€ d'aides exceptionnelles, ce qui explique largement son résultat, en redressement de +19 M€.

2 – Des ajustements comptables

La circulaire interministérielle relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable invite les directeurs d'établissements de santé publics à introduire chaque année un certain nombre de changements dans la passation des écritures comptables. Certaines des modifications publiées dans la circulaire du 6 juillet 2012 ont eu pour effet d'améliorer comptablement les résultats de cet exercice, sans véritable modification des équilibres économiques sous-jacents.

Il a ainsi été demandé en particulier aux établissements d'enregistrer au compte d'exploitation et non au bilan les aides exceptionnelles accordées en cas de difficultés de trésorerie.

Les dotations aux provisions ont diminué sous l'effet de plusieurs facteurs, tenant notamment à la reprise de provisions constituées auparavant pour le renouvellement des immobilisations. Nettes des reprises, les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions baisseraient de 407 M€, expliquant ainsi pour une part importante l'amélioration du résultat global²⁴⁸.

248. Certaines modifications méthodologiques ont eu un effet sur le montant des dotations aux provisions et sur la capacité d'autofinancement, mais non sur le résultat : il en est ainsi par exemple de la décision de comptabiliser en produits constatés d'avance (compte de bilan) la part des subventions versées en une seule fois au titre de plusieurs exercices correspondant aux charges supportées au cours des exercices suivants (telles les subventions au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation – MERRI - pour la rémunération des internes).

Le manque de fiabilité des comptes des établissements publics de santé

Depuis 2011, les hôpitaux ont engagé une démarche de fiabilisation des comptes, préparatoire à leur certification prévue par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Toutefois, des dysfonctionnements continuent d'être relevés par les chambres régionales des comptes lors de récents contrôles.

Ils portent notamment sur l'absence fréquente de provisionnement des aides versées pour atténuer les charges de remboursement annuelles des prêts finançant l'investissement, ces sommes venant de ce fait artificiellement gonfler le résultat comptable l'année de leur attribution. Les comptes-épargne-temps sont fréquemment apparus sous-provisionnés (CH Nord-Deux Sèvres, CHU de Rouen en 2011). Si ce cas n'est pas le plus répandu, il peut arriver que des provisions surévaluées soient venues minorer artificiellement un résultat positif (cas du CHU de Nantes pour 2010 et 2011).

Les durées d'amortissement sont de plus parfois fixées à des niveaux qui méconnaissent la norme comptable et la durée de vie effective des équipements (cas du CH de Haguenau, qui a jusqu'à l'intervention de la chambre régionale des comptes amorti de façon critiquable sur 50 ans le bâtiment de son nouveau plateau technique hospitalier, avant de ramener à 30 ans sa durée d'amortissement).

Certains progrès ont néanmoins été notés, notamment un meilleur rattachement des charges à l'exercice, par rapport au constat porté en 2010²⁴⁹. Les défauts de provisionnement relevés dans de nombreux cas montrent cependant qu'un chemin important reste à parcourir pour fiabiliser les comptes des hôpitaux.

L'impact des choix comptables et des éléments exceptionnels sur les comptes 2012 souligne la nécessité de la présentation d'un solde de gestion autorisant les comparaisons entre exercices et entre établissements. La circulaire de septembre 2009 sur l'équilibre financier des établissements de santé recommandait ainsi de faire apparaître le résultat « structurel » des établissements en difficulté, en déduisant non seulement les aides versées mais également certains éléments exceptionnels, tels que des dotations ou reprises de provisions et dépréciations ou des pertes sur créances irrécouvrables. Les critères conduisant à intégrer ou non dans le résultat structurel certaines dotations

249. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux, La Documentation française, septembre 2010, p. 261-292, disponible sur www.ccomptes.fr.

aux provisions pouvaient cependant donner lieu à controverses, ce qui limitait l'apport de cette approche pour les comparaisons entre hôpitaux.

La marge brute ²⁵⁰, hors aides à l'investissement et aides exceptionnelles à l'exploitation, déjà utilisée par le ministère dans l'analyse des situations financières les plus complexes, a le mérite de donner un contenu normé à la notion de résultat structurel, et d'en faire un instrument opérationnel de pilotage de la situation financière des hôpitaux.

C – La poursuite de la croissance de l'endettement hospitalier

L'endettement financier des établissements publics de santé s'élevait à 26,1 Md€ fin 2011, d'après les données encore provisoires collectées par la direction générale des finances publiques²⁵¹.

Cet endettement a connu une forte progression. L'encours des hôpitaux a pratiquement doublé depuis 2006, le service de la dette absorbant désormais plus de 4 % des produits des hôpitaux.

Tableau n° 61 : évolution de l'endettement hospitalier

En Md€

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Emprunts	3,2	4	4,8	5	4,3	4,1
Remboursements	1,7	1,6	1,9	2,1	2	1,9
Endettement net	1,5	2,4	3	3	2,4	2,2
Encours de la dette	13,3	15,6	18,6	21,5	24	26,1
Poids du service de la dette dans les produits	3,7 %	3,7 %	4,1 %	4,3 %	4,1 %	4,1 %

Source : données direction générale des finances publiques (DGFIP), calculs inspection générale des affaires sociales (IGAS).

250. Marge brute : produits bruts d'exploitation + subventions d'exploitation et autres produits d'exploitation – consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel.

251. La DGFIP publie habituellement les résultats définitifs de l'année n au mois d'août de l'année N+1.

Selon les données de l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) sur la structure de la dette²⁵², celle-ci est composée à hauteur de 88 % d'emprunts à risque faible²⁵³, les 12 % restant présentant un risque significatif ou fort²⁵⁴.

Les premières données disponibles pour 2012 montrent que la dette financière des hôpitaux a poursuivi sa croissance, à un rythme proche de celui observé au cours des années antérieures. Elle aurait ainsi augmenté de 2,6 Md€ entre 2011 et 2012. Cette progression recouvre cependant pour une part non négligeable - estimée de 0,7 à 1 Md€ - l'inscription en dette des engagements pris dans le cadre des baux emphytéotiques hospitaliers²⁵⁵.

Cet endettement en progression risque de fragiliser d'autant plus durablement la structure financière des hôpitaux que leurs marges de manœuvre ont vocation à être désormais de plus en plus rigoureusement contraintes.

II - Une maîtrise des finances hospitalières encore limitée

La nécessité de contenir la croissance des dépenses d'assurance-maladie, qui a conduit à renforcer certains dispositifs de régulation des recettes, et l'impact croissant des charges de structure, liées à la dynamique des investissements passés, sont appelés à peser durablement sur l'évolution des finances hospitalières.

252. ATIH, Enquête *Observatoire de la dette*, 2010, actualisée à la fin 2012.

253. Produits à taux fixe ou variable plafonné ou encadré, et produits dont les taux sont calculés par référence à des indices de la zone euro, sans option conduisant à une augmentation du risque, et sans effet multiplicateur.

254. Dans son *Rapport sur les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire*, établi en mars 2013, l'inspection générale des finances évalue à 2,2 Md€ la dette latente (capital restant dû et indemnités de remboursement anticipé) correspondant aux 1,3 Md€ d'encours les plus risqués à la fin 2010.

255. Le ministère n'est pas en mesure à ce jour d'en évaluer le montant avec précision.

A – Une inégale régulation des recettes

La politique de mise en réserve prudentielle appliquée depuis 2010 a mis fin aux dépassements systématiques de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier²⁵⁶.

1 – Une pression relativement limitée sur les recettes tarifaires

Les modalités d'élaboration de l'ONDAM et la construction tarifaire aboutissent à atténuer l'effort de maîtrise des prestations tarifées à l'activité qui est demandé aux établissements en retenant des hypothèses favorables pour la fixation prévisionnelle de la dépense d'assurance maladie et en minorant l'impact de l'évolution de l'activité sur celle-ci²⁵⁷.

Comme l'a déjà analysé dans le détail la Cour²⁵⁸, la contrainte macro-économique résultant de l'ONDAM se répercute cependant pour partie sur la grille tarifaire qui sert de support à la rémunération des établissements à l'activité (T2A)²⁵⁹.

La pression sur les tarifs s'exerce différemment en fonction de la nature de leur activité. La répartition entre financement par tarification à l'activité (court séjour et hospitalisation à domicile) et financement par dotation globale (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie) varie selon les catégories d'établissements : l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique, financée par la tarification à l'activité, représente un peu plus de 90 % des charges nettes des CHU, 84 % de celles des centres hospitaliers (dont 16 % des charges correspondent à la psychiatrie et aux soins de suite et de rééducation), et seulement 40 % de celles des anciens hôpitaux locaux (les 60 % restants correspondant pour l'essentiel aux soins de suite et de réadaptation).

Par ailleurs, faute de pouvoir associer charges et recettes, il n'est pas possible de faire apparaître un résultat par activité, autrement que par

256. Cf. chapitre III du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012.

257 Cf. chapitre VI du présent rapport : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM.

258. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 199 à 228.

259. Jusqu'en 2012, elles s'inscrivaient dans la perspective d'une convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé.

des indicateurs²⁶⁰ qui ne distinguent pas l'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique de l'hospitalisation à domicile, ni les soins de suite et de rééducation de la psychiatrie. La contribution des différentes activités au résultat des établissements publics de santé gagnerait ainsi à être connue de manière plus fine. Une politique durable de retour à l'équilibre doit en effet nécessairement jouer sur tous les volets de la production de soins, qui ne se limitent pas à l'activité de court séjour, sur laquelle se concentre l'essentiel des efforts depuis son passage à la tarification à l'activité

2 – Une régulation pesant sur les financements forfaitaires

Le dépassement de l'ONDAM en 2009, révélateur de la difficulté de réguler par les seules adaptations tarifaires la croissance des dépenses hospitalières, a conduit à mettre en œuvre à partir de 2010 un mécanisme de gel prudentiel d'une partie des dotations forfaitaires pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), étendu ensuite aux dotations annuelles de financement (DAF) finançant les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie puis au fonds d'intervention régional (FIR) ainsi qu'à une quote-part des tarifs des prestations hospitalières. Ces mises en réserve des dotations régionales en début d'exercice ont représenté 220 M€ en 2010, 300 M€ en 2011, et 298 M€ en 2012.

Faute d'orientations précises de l'administration centrale sur le mode de répercussion sur les établissements de ces mises en réserve, certaines agences régionales de santé (ARS), telles que l'ARS Midi-Pyrénées, ont décidé d'imputer le gel sur des opérations déjà engagées (comme sur des opérations d'investissement faisant l'objet d'aides contractuelles au remboursement d'emprunts bancaires), dégradant ainsi à due concurrence le résultat des établissements concernés. Dans ces conditions, le respect de l'ONDAM a pu se faire pour partie au prix du creusement des déficits hospitaliers.

La politique de mise en réserve a cependant permis de compenser globalement l'effet sur l'assurance-maladie d'une dynamique d'activité qui est restée élevée.

260 . Il s'agit des indicateurs de production médico-économique (IPME), qui présentent les taux de couverture des charges par les recettes pour les activités de court séjour d'une part (indicateur IP-MCO), et pour les activités de soins de suite et de rééducation et de psychiatrie financées par dotation annuelle de fonctionnement (indicateur IP-DAF).

Son impact a été toutefois atténué en 2011 par un déblocage en fin d'année de 100 M€, que les agences régionales de santé ont été invitées à attribuer en priorité aux établissements en difficulté. Fin 2012, les ARS ont également bénéficié en novembre et décembre de deux délégations d'un montant total de 295 M€, qui n'étaient pas présentées formellement comme le déblocage des ressources gelées en début d'année, et qui devaient également être dirigées en première intention vers les établissements présentant un risque de défaut de paiement. Compte tenu du caractère très tardif de ces délégations, et de l'accent mis par le ministère sur l'urgence de ces interventions, ces versements n'ont pas tous été accompagnés de plans de redressement, dûment expertisés et négociés.

De manière paradoxale, la régulation budgétaire, pourtant destinée à assurer le respect de l'ONDAM et à responsabiliser les établissements, aura ainsi permis la constitution d'une réserve favorisant la perpétuation, pour certains établissements, d'une forme d'accoutumance aux déficits soulignée par l'IGAS²⁶¹.

3 – Une croissance des recettes extérieures à l'assurance-maladie

La croissance annuelle des dépenses d'assurance-maladie consacrées aux établissements de santé, comprise entre 4 % et 6 % entre 2002 et 2005, est inférieure à 3 % depuis 2010²⁶².

Confrontés à ce ralentissement, qui touche un poste représentant près de 78 % des produits de leur compte de résultat principal, les hôpitaux ont cherché à développer leurs autres recettes. Ce phénomène est manifeste de 2008 à 2011, période au cours de laquelle les recettes de l'activité hospitalière provenant des patients et de leurs assurances complémentaires (forfaits journaliers, tickets modérateurs, enregistrés au titre 2 des comptes de résultat), ont augmenté deux fois plus vite que celles provenant de l'assurance maladie. La croissance heurtée des « autres recettes » (ventes de produits et prestations de services, rétrocessions de médicaments, subventions d'exploitations, etc.)

261. Inspection générale des affaires sociales, *Rapport n° 2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux perdants à la T2A*, p. 20 : « tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture de déficit ».

262. Le taux d'évolution des dépenses intégrées dans l'ONDAM Établissements de santé a été de +6,3 % en 2002, +5,5 % en 2003, +4,5 % en 2004, +4,4 % en 2005, +3 % en 2006, +3 % en 2007, +3,9 % en 2008, +3,6 % en 2009, +2 % en 2010 et +2,4 % en 2011.

s'explique en 2011 par des régularisations de TVA effectuées par quelques établissements de taille importante.

Tableau n° 62 : évolution des produits des établissements publics de santé (compte de résultat principal)

En M€

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Recettes d'activité par l'assurance-maladie (titre 1)	44 082	45 688	+3,6	46 738	+2,3	47 677	+2
Autres recettes d'activité hospitalière (titre 2)	4 242	4 419	+4,2	4 644	+5,1	5 000	+7,7
Autres recettes (titre 3)	7 457	7 227	-3,1	7 583	+4,9	8 723	+15
Total des recettes du compte de résultat	55 781	57 335	+2,8	58 965	+2,8	61 400	+4,1

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; champ : 858 EPS

En 2012, les recettes versées par l'assurance-maladie à l'ensemble des établissements publics de santé ont progressé de 1,7 %²⁶³, Cette augmentation limitée est liée au basculement d'une partie des dotations jusque-là directement octroyées pour les missions d'intérêt général (MIG) vers le fonds d'intervention régional dont disposent les agences régionales de santé et dont les concours sont, comptabilisés dans les « autres recettes ». Les recettes de l'activité hospitalière non prises en charge par l'assurance maladie voient leur progression ramenée de 7,7 % à 3,5 %, tandis que les autres recettes enregistrent une croissance de 5,8 %, traduisant notamment la hausse des subventions d'exploitation, qui passent de 483 M€ à 1 088 M€.

L'ensemble des recettes du compte de résultat principal progresse au total de 2,4 % en 2012, le ralentissement observé par rapport aux années 2009 et 2010 (croissance annuelle de 2,8 %) tenant pour partie à l'importance des régularisations de TVA effectuées l'année précédente.

263. Cette évolution est calculée à partir des rapports infra-annuels d'activité de décembre 2012 transmis par 865 établissements publics de santé, dont l'ensemble des recettes du compte de résultat principal atteignait 62 Md€ en 2011, contre 61,4 Md€ pour les 858 établissements à partir desquels est retracée l'évolution 2008-2011.

B – Des charges en progression

Les charges des hôpitaux ont poursuivi leur progression sur la période 2008-2011, à un rythme voisin de celui des recettes.

Les dépenses de personnel, qui représentent 63 % des charges du compte de résultat principal, ont crû entre 1,7 % et 2,4 %²⁶⁴ Les charges à caractère médical (16 % du total) et celles à caractère hôtelier et général (10 %) augmentent à un rythme plus rapide, qui atteint certaines années 4,4 % à 4,7 %. Les charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4 du compte de résultat principal), sont gonflées en 2011 par les opérations exceptionnelles liées aux régularisations de TVA : ces dernières expliquent pour partie l'accélération de la progression de l'ensemble des charges, qui passe de 2,8 % à 4,2 % d'une année sur l'autre.

Tableau n° 63 : évolution des charges des établissements publics de santé (compte de résultat principal)

En M€

	2008	2009	%	2010	%	2011	%
Charges de personnel (titre 1)	37 177	37 765	+1,6	38 669	+2,4	39 336	+1,7
Charges à caractère médical (titre 2)	8 698	9 071	+4,3	9 472	+4,4	9 797	+3,4
Charges à caractère hôtelier et général (titre 3)	5 271	5 499	+4,3	5 707	+3,8	5 974	+4,7
Amortissements, provisions et dépréciations, charges financières et exceptionnelles (titre 4)	5 176	5 442	+5,2	5 554	+2,1	6 810	+22,6
Total	56 323	57 777	+2,6	59 402	+2,8	61 918	+4,2

Source : agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; champ 858 EPS

Les données provisoires disponibles pour 2012²⁶⁵ se situent en ligne avec les évolutions constatées au cours des exercices précédents²⁶⁶,

264. Cette évolution reflète pour partie celle des effectifs de la fonction publique hospitalière, qui poursuivent leur croissance à un rythme de 1 % en 2009 et 1,3 % en 2010 et 2011. Le gel du point de la fonction publique à partir de juillet 2010 tempère au cours des 18 derniers mois la répercussion de celle-ci sur les rémunérations.

265. Portant sur un périmètre de 865 établissements, ces données 2012 ne sont pas directement comparables avec celles utilisées pour retracer l'évolution 2008-2011, qui concernent un périmètre de 858 établissements.

266. +2,4 % pour les charges de personnel, +5,1 % pour les charges à caractère médical, +4,7 % pour les charges à caractère hôtelier et général.

sauf pour ce qui concerne les charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles, qui baissent de près de 10 %. En partie due à la fin des opérations de régularisation de TVA, cette diminution tient également à la contraction de 248 M€²⁶⁷ des dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, supérieure à la hausse des charges financières, qui passent de plus de 840 M€ en 2011 à plus de 940 M€ en 2012.

Indépendamment de ces opérations de fin de gestion, qui ont contribué significativement à ce que la croissance des charges (1,8 %) apparaisse en 2012 significativement inférieure à celle des produits (2,4 %), l'accroissement des charges hospitalières constitue une tendance lourde, qui pèse sur le résultat annuel.

Faute d'une inflexion de ces tendances structurelles, le rétablissement des comptes des hôpitaux observé en 2012 risque de se révéler non pérenne.

C – Un investissement dynamique, malgré un encadrement récent plus strict du recours à l'emprunt

1 – Le report de la seconde tranche du plan hôpital 2012

Faisant tardivement le constat de la croissance rapide de la dette hospitalière, le ministère de la santé a pris également conscience des difficultés rencontrées par de nombreux établissements engagés dans des projets d'investissement surdimensionnés.

L'évolution de certaines opérations témoigne de fait parfois d'une mauvaise appréciation par l'établissement de santé et sa tutelle des risques financiers induits par les investissements.

La situation du CHU de Dijon

Alors que sa situation financière apparaît très fragile (report à nouveau déficitaire de 35 M€ et déficit du résultat principal de -6 M€ à la fin 2010), le CHU de Dijon doit supporter les conséquences financières d'un ambitieux projet de relocalisation de ses activités sur un site unique, dont la première phase est en cours d'achèvement avec plusieurs années de décalage sur le calendrier initial.

267. Cette contraction est accompagnée d'une augmentation de 159 M€ des reprises sur provisions, qui porte à 407 M€ l'effet des dotations aux amortissements et provisions sur l'amélioration du résultat des hôpitaux.

Par rapport aux estimations initiales qui évaluaient son coût à 185 M€, ce projet a subi des surcoûts importants, portant son budget global à 304 M€, hors équipements médicaux et mobiliers. En dépit des aides accordées par la tutelle, il en est résulté un très fort accroissement de la dette de l'établissement, qui dépasse désormais 390 M€, en partie constitués d'emprunts structurés (31 %). Le recours critiquable à un amortissement progressif sur 45 ans de l'opération Bocage a de plus pour effet de reporter sur les années ultérieures des coûts qui devraient être portés par le CHU dès la mise en fonctionnement des nouveaux équipements.

Alors que les investissements supplémentaires permettant la libération et à la cession du site historique de l'hôpital général étaient évalués début 2012 à 39 M€, des économies de fonctionnement apparaissent plus que jamais nécessaires pour redresser la situation financière du CHU. Un contrat de retour à l'équilibre financier négocié, pour la période 2013-2016, entre l'établissement et l'ARS Bourgogne devrait être soumis à la validation du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins en septembre 2013.

Le ministère a ainsi décidé à la fin 2011 de reporter la mise en œuvre de la seconde tranche du plan hôpital 2012.

Plusieurs projets qui devaient être financés dans ce cadre ont ainsi été remis en cause, de même qu'ont été redimensionnés des projets considérés comme nécessaires mais posant des problèmes de financement. Après l'abandon d'un premier projet trop ambitieux en 2010, l'ARS et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements hospitaliers (ANAP) ont ainsi accompagné le CHU de Reims dans l'élaboration d'un projet immobilier moins coûteux et plus complet.

Cette réorientation tardive a vu son effet limité par le poids des décisions passées. D'après le ministère, les hôpitaux auraient ainsi investi près de 5,7 Md€ en 2012, contre 6 Md€ en 2011, soit une diminution limitée à 5 %.

2 – Un encadrement du financement par emprunt

La croissance de la dette des hôpitaux et les produits à risque utilisés par certains hôpitaux ont conduit le ministère à encadrer fin 2011 le recours à l'emprunt des établissements.

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt pour les établissements publics de santé soumet à l'accord du directeur général de l'ARS le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente

deux caractéristiques parmi les trois suivantes : un ratio d'indépendance financière, rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, supérieur à 50 %, une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans et un ratio d'endettement, égal au rapport entre l'encours de dette et le total des produits toutes activités confondues, supérieur à 30 %.

Ce texte limite par ailleurs les types d'emprunts et les produits dérivés auxquels les établissements publics de santé peuvent recourir, quel que soit leur niveau d'endettement. Pour limiter les risques des emprunts structurés conclus antérieurement, les directeurs d'établissement peuvent être autorisés par les directeurs d'ARS à déroger à ces nouvelles dispositions, en utilisant des instruments de taux et de devise rendant possibles des actions tendant à neutraliser une partie du risque inhérent à ces produits.

Le ministère de la santé qui a passé à cette fin un accord-cadre avec l'union des groupements d'achat public (UGAP), doit accompagner en tant que de besoin, au travers des ARS, les établissements concernés dans de telles actions, qui requièrent à la fois une forte technicité et des conditions de marché favorables²⁶⁸.

*
* *

Alors même que le retour à l'équilibre de l'assurance maladie nécessitera, dans un contexte économique incertain qui pèsera sur ses recettes, des efforts encore accrus de maîtrise de la dépense, une résorption durable des déficits hospitaliers impose ainsi une accentuation des réorganisations pour dégager les gains de productivité et d'efficience qui la conditionnent.

268. À défaut, l'inspection générale des finances préconise le remboursement anticipé des emprunts les plus toxiques. Cf. *Rapport sur les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire*, mars 2013.

III - Des restructurations à conduire plus fermement

Le pilotage de la situation financière de l'établissement est certes de la responsabilité première du directeur d'hôpital, dont les pouvoirs ont été renforcés à cet effet par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)²⁶⁹. Cependant, les agences régionales de santé doivent être en mesure de s'assurer que sont effectivement menées à terme des restructurations toujours délicates et dégagés tous les progrès de productivité qui en sont attendus. Encore faut-il aussi que l'administration centrale définisse un cadre favorisant plus clairement des réorganisations structurelles.

A – Renforcer la responsabilité des agences régionales

1 – Inciter à davantage utiliser les prérogatives dont elles disposent

La loi HPST de juillet 2009 a renforcé les pouvoirs dévolus aux agences régionales de santé par rapport à ceux attribués aux agences régionales d'hospitalisation, auxquelles elles se sont substituées, en matière de surveillance de la situation financière des établissements de santé publics. Chargé d'approuver les documents budgétaires, le directeur général de l'agence régionale peut désormais demander un plan de redressement s'il estime que la situation financière l'exige, et exercer ainsi une action préventive de manière plus réactive par rapport aux textes

269. Ce texte a doté les hôpitaux publics d'un conseil de surveillance et a assisté le directeur d'un directoire. La compétence de gestion du directeur est renforcée grâce au transfert d'attributions qui appartenaient précédemment au conseil d'administration. Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de l'hôpital et arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement. Sur le plan financier, il détermine le programme d'investissement, fixe l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP), et présente à l'ARS un plan de redressement si besoin est.

antérieurs²⁷⁰. En cas d'échec ou d'absence d'adoption du plan de redressement, il peut également plus facilement qu'auparavant décider de placer sous administration provisoire²⁷¹ un établissement de santé public²⁷².

Les ARS ne devraient pas hésiter à utiliser les moyens de contrainte importants dont elles disposent pour amplifier les opérations de restructuration et développer des coopérations entre établissements de nature à permettre de dégager des gains d'efficacité²⁷³.

Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain-en-Laye

Issu de la fusion en 1997 des centres hospitaliers de Poissy et de Saint Germain-en-Laye, le CHIPS a accumulé les déficits d'exploitation et augmenté son endettement, sans parvenir à établir un projet médical permettant de rationaliser son activité. Les divergences sur le devenir des deux sites ont occulté les problématiques les plus importantes pour l'établissement (réorganisation des services, refonte du système d'information et gouvernance).

270. Le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 fixait auparavant les critères permettant de poser le constat d'un déséquilibre financier des établissements de santé publics. Ces critères comportaient soit l'existence d'un déficit du compte de résultat principal représentant, selon le type d'établissement, 2 ou 3 % des produits principaux, soit l'existence d'un déficit accompagné d'une capacité d'autofinancement inférieure à 2 % du total des produits, soit l'existence d'une capacité d'autofinancement ne permettant pas de couvrir le remboursement en capital des emprunts.

271. De 2008 à 2012, trois administrations provisoires et un intérim ont été assurés au sein d'établissements publics par des conseillers généraux des établissements de santé, désormais rattachés à l'IGAS : CH d'Ajaccio, CH de Montceau-les-Mines, CH de Lens, le CHI de Clermont de l'Oise faisant l'objet d'un intérim (la cause originelle de l'intervention était l'existence d'actes de maltraitance, alors que seule la situation financière pouvait jusqu'à l'adoption de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 déclencher la mise en œuvre d'une administration provisoire).

272. En cas d'administration provisoire, le directeur de l'établissement concerné ou une partie de son équipe dirigeante sont de plus placés en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion.

273. Articles L. 6131-1 et suivants du code de santé publique, qui donnent notamment au directeur général d'ARS le pouvoir de diminuer les dotations des établissements publics de santé qui refusent d'entrer dans une démarche de coopération, de prononcer si nécessaire la fusion de certains établissements, de réduire les dotations forfaitaires (MIGAC ou DAF) d'établissements devant supprimer des emplois dans le cadre d'une restructuration, et de demander le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par cette restructuration.

Si certains projets ont pu aboutir, tels que le regroupement des maternités, de la pédiatrie et des laboratoires, les calendriers de réalisation ont connu des retards importants. De plus, le projet de reconstruction sur un site unique, qui a donné lieu à l'achat d'un terrain à Chambourcy et à la signature d'un marché de conception-réalisation, a été reporté *sine die* en raison de la fragilité de la situation financière de l'établissement, et de la raréfaction de crédits d'aide à l'investissement du programme hôpital 2012.

Le projet d'établissement adopté en avril 2013 par le conseil de surveillance du CHIPS confirme le fonctionnement en deux sites (celui de Poissy disposant du plateau technique lourd, et celui de Saint Germain étant axé sur l'ambulatorio). En l'absence de fonds propres, les réalisations du projet médical, tant en termes de locaux que d'équipements sont tributaires d'aides à l'investissement, dont le principe et *a fortiori* les montants ne sont pas encore arrêtés.

L'exemple du centre hospitalier de Saint-Affrique, qui a conservé ses activités de chirurgie en dépit de sa proximité géographique (30 km) avec Millau est également emblématique de la difficulté de supprimer certains services pourtant condamnés à fonctionner à pertes.

2 – Développer un dialogue contractuel plus exigeant

Le mode d'action privilégié des agences régionales vis-à-vis des établissements en difficulté demeure la voie contractuelle. Celle-ci reste cependant trop formelle.

Elle pourrait cependant gagner en efficacité si le dialogue budgétaire avec les établissements pouvait s'engager plus tôt dans l'année et si la politique contractuelle se concentrait davantage sur les hôpitaux présentant de forts enjeux.

a) *Avancer le calendrier d'adoption du budget*

Corollaire de la tarification à l'activité, l'introduction en 2005 de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD), en lieu et place du budget à approuver ex ante par la tutelle, devait permettre aux agences régionales de nouer un dialogue de gestion avec les établissements.

Ce dialogue n'a cependant qu'un effet limité sur l'activité des établissements, en raison de l'élaboration et de l'adoption anormalement tardive de ce document, qui n'intervient parfois que quelques semaines avant la fin du premier semestre. Ce calendrier reflète lui-même le décalage entre l'année calendaire et la parution de la circulaire tarifaire, qui est rarement disponible avant la fin mars, ce qui met les ARS dans

l'impossibilité d'exercer leur fonction de pilotage avant le second et parfois le troisième trimestre de l'année calendaire

La Cour avait recommandé²⁷⁴ d'avancer au 1^{er} janvier la publication de la grille tarifaire, ce qui n'a pas été suivi d'effet. L'adoption en début d'exercice d'un EPRD moins précis que celui qui serait fondé sur la grille tarifaire définitive permettrait à défaut à l'ARS de réagir suffisamment tôt face à une orientation qui compromettrait de son point de vue la situation financière de l'établissement. Un EPRD rectificatif, voté avant l'été, prendrait alors ensuite acte des ajustements à apporter en fonction des décisions tarifaires arrêtées par les pouvoirs publics.

b) Recentrer la politique contractuelle sur les enjeux financiers les plus importants

Instaurés en 2008, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés par les établissements de santé avec les ARS doivent décliner les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire. Ces instruments contractuels sont précieux pour permettre aux agences de s'assurer de la mise en œuvre effective de ce dernier. Mais la négociation de ces contrats auxquels s'ajoutent les contrats de retour à l'équilibre financier conclus avec les établissements déficitaires, se traduit par une succession et parfois une imbrication de démarches contractuelles impliquant les ARS, qui se superposent de plus pour les établissements à la mise en place de dispositifs de retour à l'équilibre internes (plans d'actions, arrêtés dans certains cas avec l'aide de consultants extérieurs).

Les contrats de retour à l'équilibre financier

Les établissements dont la situation est particulièrement dégradée peuvent faire l'objet depuis 2004 de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF), par la suite présentés comme des avenants aux CPOM. Pour éviter l'attribution d'aides financières par l'ARS sans contreparties réelles de la part des établissements, une circulaire de septembre 2009 précise que les plans de redressement doivent s'appuyer prioritairement sur la maîtrise des charges, notamment de personnel, et ne doivent pas contenir de rééquilibrage par les recettes, sauf exception dûment justifiée.

274. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux, La Documentation française, septembre 2010, p. 261-292, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les CREF examinés par les chambres régionales des comptes présentent encore de nombreux défauts : déclenchement souvent trop tardif (notamment en Île-de-France), contenu imprécis (mention du codage des actes, de la facturation des chambres individuelles, des économies logistiques, sans autres précisions), succession de plans de retour à l'équilibre sans effets sur les déficits structurels (CH de Digne, qui a adopté cinq plans de retour à l'équilibre en cinq ans, CH de Sarlat, qui a bénéficié de nombreuses aides exceptionnelles de l'ARS), absence d'articulation avec l'organisation de l'offre de soins dans les territoires, absence ou insuffisance des actions structurantes (CHI des Portes de l'Oise pour les années 2006 à 2009), etc.

De plus, bien que l'attribution de crédits d'aide à la contractualisation soit subordonnée depuis 2008 à la signature d'un avenant au CPOM, certains établissements, tels ceux de la région Rhône-Alpes, en particulier les trois CHU, ont longtemps refusé de s'engager dans une telle démarche, tout en percevant néanmoins des soutiens financiers de la part de la tutelle régionale. Ainsi, le processus de contractualisation avec les Hôpitaux civils de Lyon n'a de ce fait pas encore abouti, bien que cet établissement soit engagé depuis 2009 dans une démarche de redressement de sa situation financière.

Les quelques cas de réussite, allant au-delà d'une amélioration ponctuelle des comptes, concernent des contrats de retour à l'équilibre reposant sur de véritables projets de restructuration, tels celui mené à bien par le centre hospitalier de Castelnaudary.

Certains contrats sont signés avec un effet rétroactif, témoignant dans ce cas du caractère purement formel d'une démarche qui vient régulariser *ex post* l'attribution d'une aide financière, sans contrepartie véritable de la part de l'établissement. Cet empilement de procédures, consommateur de moyens dans les agences régionales et au sein des établissements, ne facilite pas au demeurant le suivi des actions menées.

Un recentrage du dispositif sur les établissements présentant les plus forts enjeux au niveau régional permettrait aux ARS de se mobiliser davantage sur l'analyse de la situation de ces derniers et sur les modalités de leur redressement : ces hôpitaux feraient l'objet d'un suivi annuel, voire infra-annuel, tandis que ceux dont l'équilibre financier et la position dans l'offre territoriale de soins n'apparaissent pas fragiles feraient l'objet d'une procédure allégée. Il faciliterait aussi leur implication nécessaire dans la vérification rigoureuse de l'exécution des engagements pris par les établissements dont la situation fait l'objet d'un examen à l'échelon national.

3 – Restaurer des marges d'action budgétaires

Le passage à la T2A dans le secteur médecine, chirurgie et obstétrique a amputé les agences régionales d'une grande partie du pouvoir conféré par la gestion des enveloppes servant à financer les budgets globaux des établissements. La création en complément des recettes de T2A de dotations forfaitaires au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), même si leur montant représente moins de 20 % des anciens budgets globaux, était supposé leur redonner, pour la partie aides à la contractualisation, des marges de manœuvre par rapport au système antérieur qui avait débouché sur une rigidification progressive de l'allocation des financements hospitaliers.

Celles-ci sont en réalité considérablement réduites par le fléchage au niveau national de plus de la moitié de ces dotations, la part restante étant composée en grande partie d'aides régionales au remboursement d'emprunts, par construction reconductibles sur une durée longue. Le levier budgétaire des aides à la contractualisation, supposé permettre à l'ARS d'engager des négociations avec les établissements de son ressort pour amplifier leurs efforts de réorganisation, a vu au surplus son efficacité entravée par le mécanisme de mise en réserve institué depuis 2010, qui les a fortement mises à contribution.

Dans certaines régions, Bourgogne ou Nord – Pas-de-Calais notamment, les enveloppes réellement disponibles, après déduction des crédits fléchés par le niveau national et des aides régionales reconductibles, représentent moins de 10 % de leur dotation au titre des MIGAC.

La possibilité donnée en 2011 aux ARS de répercuter une partie des mises en réserve sur les dotations globales de financement destinées à la psychiatrie et aux soins de suite et de rééducation s'explique ainsi par la faiblesse ou parfois l'inexistence des marges de manœuvre résiduelles sur les aides à la contractualisation. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a désormais prévu également la possibilité de reporter si nécessaire sur les recettes tarifaires les mises en réserve de précaution²⁷⁵.

Alors qu'une partie des missions d'intérêt général (MIG) est gérée dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) mis en place en

275. La loi de financement pour 2013 a modifié le mécanisme de mise en réserve en complétant la régulation des crédits MIGAC et DAF par une minoration en début d'année des tarifs par séjour à l'aide d'un coefficient pouvant être différencié par catégorie d'établissements.

2012, les agences régionales devraient de plus se voir reconnaître une pleine compétence pour arrêter à leur niveau une part plus importante des dotations MIG faisant l'objet d'une justification au premier euro. De manière à éviter une qualification d'aide d'État au sens de la réglementation européenne, le montant de ces aides est établi chaque année dans sa totalité sur la base de critères objectifs, cet examen ne se limitant pas à celui des mesures nouvelles. Les ARS décideraient du montant de ces dotations en fonction de critères et dans la limite d'une enveloppe fixés nationalement.

4 – Renforcer les capacités d'expertise technique

Les équipes chargées de suivre sur un plan financier les établissements hospitaliers dans les ARS sont relativement limitées par rapport à l'ampleur de leurs missions. Leur taille varie de 6 à 10 emplois à temps plein (ETP) dans un grand nombre de régions jusqu'à 30 ETP en Île-de-France, chaque agent suivant en moyenne plus de dix établissements sous contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Parallèlement, certains domaines, par exemple le contrôle du recours à l'emprunt ou la promotion de la performance hospitalière demandent une technicité très différente de celle qui était exigée avant le passage à la T2A pour l'allocation des ressources d'assurance-maladie.

Certaines agences régionales unissent ainsi leurs capacités d'expertise pour étudier les demandes d'emprunt présentées dans le cadre du dispositif encadrant le recours au crédit par les établissements publics de santé. Pour les dossiers les plus complexes (renégociation de crédits structurés, négociation d'emprunts au profil atypique), ce type de mutualisation, envisagé à un niveau inter-régional, voire national, pourrait compenser au moins partiellement le déficit très souvent constaté en cadres ayant une connaissance fine des opérations de crédit.

Dans le cas d'établissements en grande difficulté financière, pour lesquels il n'est pas nécessairement envisagé de recourir à une administration provisoire, certaines agences auraient besoin de renforts temporaires en compétences. À titre d'exemple, la situation du CHU de Caen pourrait justifier un suivi particulier par une équipe dédiée, à l'expérience affirmée, étant donné la technicité des problématiques à traiter (amiante, sécurité incendie notamment). Cette équipe n'est, de fait, pas disponible aujourd'hui à l'ARS Basse-Normandie qui a sollicité l'aide de différents opérateurs de l'État. La solution peut résider là encore dans la mutualisation de certains profils à un niveau inter-régional et dans un adossement mieux construit aux corps d'inspection.

B – La nécessité d’un positionnement plus clair de l’administration centrale

1 – Assortir la planification sanitaire d’objectifs explicites en termes de gains de restructuration

La persistance de déficits structurels tient en grande partie à l’usage insuffisant du levier que constitue la régulation de l’offre sanitaire pour redresser les établissements en difficulté.

La viabilité économique des structures de soins ne constitue pas en tant que telle un des objectifs de la régulation de l’offre sanitaire par les schémas régionaux d’offre de soins (SROS), désormais intégrés par la loi HPST de juillet 2009 dans les projets régionaux de santé (PRS). La circulaire de présentation de la méthodologie applicable dans le cadre des SROS-PRS, diffusée en décembre 2011, se contente d’indiquer que ces nouveaux outils visent à mieux encadrer les volumes d’activité des établissements de santé, compte tenu de l’inefficacité du mécanisme de régulation des tarifs et des volumes qui sous-tend le système de tarification à l’activité, mais n’assigne pas d’objectifs d’économies explicites liées à certaines des priorités qu’elle demande aux agences régionales de poursuivre.

Il en est ainsi en particulier de la substitution de la chirurgie ambulatoire²⁷⁶ à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle, qui représente un potentiel d’économies considérables. En s’abstenant de publier les décrets fixant des seuils minimaux d’activité pour les établissements habilités à pratiquer la chirurgie, l’administration centrale ne facilite pas au surplus la tâche des agences régionales de santé, qui ne peuvent s’appuyer sur un référentiel national pour mener à bien des restructurations pourtant souhaitables d’un double point de vue sanitaire et financier.

2 – Éviter de fragiliser l’action des agences régionales

Il continue d’arriver qu’une décision de niveau central remette ponctuellement en cause les orientations d’une agence régionale, pourtant appuyées sur une approche de meilleure articulation territoriale des établissements. Il en a été notamment ainsi pour le centre hospitalier du Blanc, dont l’ARS de la région Centre a proposé de restructurer l’activité, provoquant une vive résistance locale, et une décision du ministère de

276. Voir le chapitre VIII du présent rapport : la chirurgie ambulatoire.

sursoir à ce remodelage de l'offre de soins²⁷⁷. Ce type d'intervention affaiblit nécessairement le positionnement de l'agence régionale.

Un comité des risques financiers des établissements de santé a été par ailleurs institué en 2010, avec le double objectif de suivre l'évolution de la situation des établissements présentant des indicateurs financiers particulièrement dégradés et de préconiser des actions de redressement de ces hôpitaux. Placé sous la présidence du directeur général de l'organisation des soins, ce comité, qui réunissait les représentants des administrations centrales (dont la direction du budget) et de la CNAMTS, suivait spécifiquement en août 2012 16 CHU et 17 centres hospitaliers.

Ce type de traitement, contraire en soi aux principes qui ont présidé à la création des agences régionales, peut s'avérer bénéfique s'il convainc les acteurs locaux de l'urgence de remédier aux dysfonctionnements qui pèsent sur les résultats de l'établissement. Certains établissements examinés par cette instance, tels le CHU de Nantes, ont de fait vu leur situation financière s'améliorer depuis 2010. D'autres, parmi lesquels le CHU de Caen, le CHU de Fort-de-France, le CHU d'Amiens et l'hôpital de Bastia, restent en revanche toujours confrontés à de graves difficultés malgré les actions engagées.

De manière cependant à éviter une dépossession des directeurs généraux de la compétence qui est la leur en matière de redressement des établissements en difficulté, il importe que le passage devant le comité ne se fasse qu'à la demande de l'agence régionale concernée et que tant le directeur général de celle-ci que le chef d'établissement s'engagent ensuite conjointement sur la mise en œuvre des recommandations faites.

Le remplacement début 2013 du comité des risques financiers par un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), au champ de compétence étendu aux projets d'investissement et aux mesures d'amélioration de la performance hospitalière et à la composition élargie en particulier au commissariat général à l'investissement, gagnerait à s'accompagner d'une redéfinition de ses méthodes ainsi que du rôle des agences régionales, tant en aval qu'en amont de sa saisine.

3 – N'accorder des aides d'urgence qu'en contrepartie d'efforts structurels

La dégradation de la situation financière de certains hôpitaux déjà fragiles les a amenés à solliciter en 2012 l'aide des autorités de tutelle, faute de pouvoir contracter de nouvelles lignes de trésorerie auprès des institutions bancaires. Certaines agences régionales de santé ont répondu

277. L'établissement est désormais engagé dans un projet médical de territoire.

en appuyant leurs demandes d'avances à l'assurance-maladie : le centre hospitalier d'Agen a ainsi pu recevoir par anticipation en septembre 2012, 5,7 M€ qu'il aurait dû encaisser en fin d'année.

Face aux difficultés d'un nombre croissant d'établissements, le ministère de la santé a réagi en modifiant, durant l'été 2012, le calendrier de versement des recettes d'assurance-maladie aux hôpitaux, dont les échéances mensuelles ont été avancées du 25 au 20 de chaque mois. En liaison avec le ministère de l'économie et des finances, il a par ailleurs instauré en septembre 2012 des comités régionaux de veille active sur la trésorerie des établissements publics de santé, réunissant les agences régionales de santé et les directions régionales des finances publiques.

Certains hôpitaux ont également bénéficié de l'allocation de crédits d'assurance-maladie débloqués en fin d'exercice par le ministère, qui ont également été parfois utilisés par les ARS pour négocier la consolidation de certains crédits bancaires. L'ARS Provence Côte-d'Azur est ainsi intervenue auprès des créanciers du centre hospitalier de Briançon pour apurer la ligne de trésorerie octroyée par Dexia en 2010 et obtenir le rééchelonnement et l'apurement partiel d'une seconde ligne de trésorerie consenti la même année par un autre établissement bancaire. Cette intervention a fait l'objet d'une contractualisation avec l'établissement qui a pris un certain nombre d'engagements pour rétablir sa situation financière.

La mobilisation de ressources définitives pour résoudre dans l'urgence l'impasse de trésorerie de certains hôpitaux constitue cependant une réponse peu satisfaisante au problème posé par la raréfaction des crédits proposés au secteur hospitalier. Une réponse définitive aux problèmes de trésorerie ne pourra provenir que de l'assainissement des bilans des établissements de santé, permettant de restaurer leurs fonds de roulement. L'octroi d'aides d'urgence devrait être étroitement conditionné aux engagements pris en ce sens.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si les hôpitaux ont pu, dans leur grande majorité, renouer avec l'équilibre comptable en 2012, ce rétablissement apparaît largement circonstanciel et la persistance de déficits structurels, dans un contexte de permanence d'un lourd déficit de l'assurance-maladie, interdit de relâcher les efforts tendant à ramener sur une trajectoire positive l'ensemble des établissements. Cet impératif est d'autant plus fort que les hôpitaux resteront confrontés à des tensions financières structurelles fortes pour tenir la trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance maladie programmé à horizon 2017.

Il importe dans ces conditions de renforcer le rôle dévolu aux ARS, dont l'action devrait être recentrée sur les établissements présentant les

enjeux les plus importants et qui devraient être incités à piloter plus énergiquement la réorganisation de l'offre, de manière à améliorer la productivité des établissements publics de santé, leur permettre de dégager des économies durables et assainir ainsi leur situation financière. Pour cela, les agences régionales doivent ne pas hésiter à faire usage de la totalité des pouvoirs que les textes leur donnent : trop de situations de blocage de réorganisations indispensables se prolongent indûment au détriment de l'assurance maladie.

Encore faut-il que l'administration centrale adopte un positionnement plus clair en ce domaine, fixe des objectifs précis d'économies, complètent les outils à disposition des agences et évite de les fragiliser par ses interventions, qu'elles soient ponctuelles, en urgence ou inscrites dans une durée plus longue. Seule une forte responsabilisation des acteurs locaux peut en effet permettre de mener à bien des opérations réellement restructurantes, conjuguant à la fois amélioration des conditions de prise en charge des patients et gains d'efficience pour l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

25. recentrer le dispositif contractuel unissant les agences régionales de santé aux établissements sur les hôpitaux présentant les plus forts enjeux financiers ;

26. conditionner l'attribution d'aides exceptionnelles à l'exploitation à la réalisation d'efforts structurels ;

27. supprimer le fléchage par l'administration centrale des dotations relatives aux missions d'intérêt général (MIG) justifiées au premier euro et charger les ARS d'arrêter leur montant établissement par établissement en fonction de critères et dans la limite d'une enveloppe fixés nationalement ;

28. subordonner le passage d'un établissement en difficulté financière devant le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) à une demande du directeur général d'ARS, qui doit être responsable, conjointement avec le chef d'établissement, de la mise en œuvre des recommandations du comité ;

29. définir la notion de résultat structurel par la marge brute, hors aides à l'investissement et aides exceptionnelles à l'exploitation ;

30. encourager la constitution de centres d'expertise interrégionaux notamment en matière de financements bancaires ;

31. rendre impérative l'adoption par les établissements en début d'année civile de l'état des prévisions des recettes et dépenses.