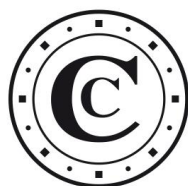


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS APRÈS LA CRISE SANITAIRE

Rapport public thématique

Octobre 2023

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction.....	17
Chapitre I Des aides massives pendant la crise sanitaire, mais non contrôlées et répondant à un besoin de court-terme.....	21
I - Une situation financière globalement dégradée, mais hétérogène entre les hôpitaux publics.....	21
A - Un résultat net négatif sur longue période	22
B - Une situation de trésorerie positive malgré les résultats négatifs.....	26
II - Des aides exceptionnelles non contrôlées, mais qui ont préservé, voire amélioré, la situation financière des hôpitaux	30
A - Une carence de gestion des compensations financières de la crise sanitaire	30
B - Une garantie de financement qui se prolonge au-delà de la crise sanitaire	35
III - Une situation financière désorganisée au sortir de la crise sanitaire.....	41
A - Une hausse des charges pérennes liée notamment aux revalorisations du Ségur de la santé	42
B - Une hausse des recettes qui a compensé jusqu'en 2021 celle des charges	43
C - Des pénuries d'effectifs pour certaines spécialités, malgré une hausse globale	44
Chapitre II Un dispositif de restauration des capacités financières au ciblage et aux contreparties insuffisantes	49
I - Une activité qui ne permet pas de payer les intérêts d'emprunts ni d'investir sans excès d'endettement.....	50
A - Un résultat d'exploitation insuffisamment excédentaire pour absorber la charge des intérêts de la dette financière.....	50
B - Une capacité d'autofinancement souvent insuffisante pour financer les investissements sans excès d'endettement.....	51
II - Une situation d'endettement toujours préoccupante	53
A - Un endettement stabilisé mais à un haut niveau	53
B - Une dette plutôt concentrée, en lente diminution pour une majorité d'hôpitaux.....	54

III - Un dispositif d'aide au désendettement moins ambitieux que prévu et devenu ambigu	56
A - Une enveloppe réduite de moitié sur un champ étendu à l'ensemble des établissements du service public hospitalier	57
B - Un objet redéfini au prix d'une ambiguïté de l'objectif poursuivi	58
IV - Des aides mal ciblées et sans contreparties suffisantes des établissements bénéficiaires.....	60
A - Des aides qui ont bénéficié à un grand nombre d'établissements, pour des montants limités	60
B - Des aides allouées selon des principes critiquables et hétérogènes.....	61
C - Une contrepartie imparfaitement assurée.....	66
Chapitre III Un risque de dérive de la dette lié aux faiblesses du pilotage du programme d'investissement	73
I - Un investissement hospitalier insuffisant pour préserver le potentiel d'utilisation des capacités hospitalières	74
A - Une vétusté croissante des hôpitaux publics.....	74
B - Des subventions d'investissement en partie sous-consommées	77
II - Un pilotage de la relance de l'investissement hospitalier à fortement resserrer	78
A - Des dispositifs d'aide aux investissements à définir de manière plus précise et à mieux articuler entre eux	78
B - Une répartition des aides entre ARS en partie discrétionnaire, une enveloppe nationale pour aléas détournée de son objet.....	82
C - Une faible sélectivité des projets soutenus, prenant rarement en compte l'objectif de concentration des plateaux techniques lourds	83
III - Une relance de l'investissement hospitalier dont l'efficacité et la soutenabilité financière apparaissent dès à présent compromises	86
A - Un retard et une déperdition des aides aux investissements courants dans certaines régions	87
B - Pour les investissements structurants, des taux d'aide réduits et mal corrélés à la situation financière des établissements, face à des coûts en hausse.....	88
C - Un risque de nouvelle dérive de l'endettement des hôpitaux publics	93
IV - Un processus de décision à redéfinir	97
A - Instruire des projets dans le respect de la procédure définie pour en garantir la qualité et la soutenabilité financière	98
B - Mobiliser l'expertise de l'Anap et de la DGFIP.....	98
C - Finaliser les outils référentiels et les indicateurs de suivi	100
D - Procéder à un réexamen indispensable du contenu et du calendrier de réalisation des projets.....	101
Conclusion générale	105
Liste des abréviations	107
Annexes	109

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Le présent rapport est issu d'une enquête conduite sur le fondement des articles L. 111-3 et L. 111-5 du code des juridictions financières selon lesquels la Cour des comptes contrôle les services de l'État et les autres personnes morales de droit public, sous réserve de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes, ainsi que les institutions de la sécurité sociale.

La Cour a analysé les comptes détaillés des hôpitaux publics de 2018 à 2021, complétés par les données « physiques » d'activité et de ressources humaines. Ces données ont été actualisées, en septembre 2023, avec les comptes financiers 2022.

Elle a procédé en outre à des échanges approfondis avec des acteurs de terrain, dont six CHU (Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), hospices civils de Lyon (HCL), CHU de Bordeaux, Grenoble, Rennes et Strasbourg), cinq centres hospitaliers (Argenteuil, Bastia, Castelluccio, Grand hôpital de l'Est francilien, Vienne) et un GHT (Rance-Émeraude à Saint Malo), ainsi qu'avec six ARS (Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand Est, Île-de-France, La Réunion, Nouvelle-Aquitaine). La Cour a aussi exploité des rapports récents des chambres régionales des comptes sur les hôpitaux publics.

Ce rapport a été préparé par la première section « Synthèse financière et organisation de la protection sociale » de la Sixième chambre compétente pour la sécurité sociale, la santé et le secteur médico-social.

**

Le rapport provisoire a été délibéré le 30 mars 2023, par la sixième chambre, présidée par Mme Hamayon, présidente de chambre, et composée de Mme Mondoloni, MM. Rabaté, Machard, de la Guéronnière, Fulachier, Colcombet et Seiller, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Fourier, conseiller maître, Mme Bouaziz et M. Dalmais, conseillers référendaires en service extraordinaire, M. Colin et Mme Veyrat, experts de certification et, en tant que contre-rapporteur, M. Viola, conseiller-maître.

La Cour a pris en considération les remarques formulées sur le rapport provisoire dans la phase contradictoire. Elle a aussi auditionné la directrice générale de l'offre de soins, le 15 juin 2023, le président de la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires, le 14 juin, le président de la conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, le 21 juin, et le directeur de la sécurité sociale, le 23 juin 2023.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, Mme Podeur, M. Charpy, Mme Camby, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Michaut, M. Lejeune, M. Advielle, Mme Daussin-Charpantier, Mme Gervais et Mme Renet, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que M. Gautier, procureur général, a été consulté sur le projet de rapport, le 20 juillet 2023. Le Premier président en a approuvé la publication le 11 octobre 2023.

*
**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Avant la crise sanitaire, une situation financière des hôpitaux publics globalement dégradée mais hétérogène

À la veille de l'épidémie de covid 19, la situation financière globale des hôpitaux publics apparaissait dégradée, avec des pertes récurrentes (558 M€ en 2019). Deux plans d'investissement, Hôpital 2007 et Hôpital 2012, avaient entraîné un triplement de l'endettement financier à hauteur de 30 Md€ en 2019, soit 36 % des produits. La charge en intérêts de l'endettement financier et une rentabilité déclinante du cycle d'exploitation avaient grevé leur capacité à financer de nouveaux investissements. Pour éviter la spirale du surendettement, les hôpitaux publics ont donc sous-investi depuis dix ans, ce qui a conduit à une vétusté croissante de leurs bâtiments et de leurs équipements.

Une telle analyse générale ne rend toutefois pas compte des fortes disparités entre catégories d'hôpitaux publics (universitaires, généraux, psychiatriques, locaux, de proximité) et à l'intérieur d'entre elles. Un tiers environ des hôpitaux est dans une situation financière satisfaisante, un deuxième tiers rencontre des difficultés limitées et le dernier tiers est en crise profonde. Cet état de crise concerne surtout des centres hospitaliers généraux, mais aussi l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris (AP-HP). Il appelle des stratégies individuelles de redressement au regard de leur place dans l'organisation régionale de l'offre de soins.

Pendant la crise sanitaire, des aides exceptionnelles qui ont permis un desserrement temporaire des contraintes financières

Paradoxalement, la situation financière des hôpitaux s'est améliorée pendant la crise sanitaire, grâce aux dispositifs de concours exceptionnels mis en place. Les surcoûts liés au traitement des patients atteints par l'épidémie de covid 19 ont été pris en charge par l'assurance maladie (3 Md€ alloués en 2020, 3,2 Md€ en 2021 et 0,7 Md€ en 2022). En outre, une garantie de financement a compensé les pertes de recettes versées par l'assurance maladie en raison de la déprogrammation des opérations chirurgicales puis des différents motifs pour lesquels l'activité n'a pas retrouvé son niveau d'avant la crise (2,5 Md€ en 2020, 1,6 Md€ en 2021 et 1,8 Md€ en 2022).

Par ailleurs, des ressources nouvelles ont été allouées aux établissements de santé en contrepartie des revalorisations de salaires accordées dans le cadre des accords du Ségur de la santé, signés le 13 juillet 2020 (en cumul, 1,1 Md€ en 2020, 5,8 Md€ en 2021, 7,2 Md€ en 2022 et 7,6 Md€ prévus en 2023).

Ce faisant, les ressources des hôpitaux publics ont globalement évolué à la hausse, en parallèle à celles de leurs charges, en 2020 et 2021. La situation s'est en revanche fortement dégradée en 2022, en particulier pour les établissements déjà en difficulté, avec la sortie progressive des dispositifs de crise et de fortes augmentations des dépenses d'exploitation.

Les concours exceptionnels durant la crise sanitaire ont par ailleurs manqué de pilotage et de contrôle. Des établissements ont pu bénéficier de surcompensations. En outre, l'impact à moyen terme des revalorisations salariales du Ségur sur les équilibres financiers des hôpitaux publics demeure un sujet d'attention.

Des distorsions croissantes du modèle financier des hôpitaux publics, révélées et amplifiées par la crise sanitaire

Les hôpitaux publics, contrairement aux établissements privés, n'ont toujours pas recouvré en 2022 leur niveau d'activité d'avant la crise sanitaire (- 1,7 % de séjours hors séances par rapport à 2019). Les raisons en sont multiples : renoncement aux soins de certains patients en raison de la crise sanitaire, concurrence accrue du secteur privé et effets du manque de personnel soignant. La nature de l'activité hospitalière a aussi évolué, en raison du développement de l'ambulatoire, qui permet d'organiser les parcours des patients dans la journée, et de la prise en charge des soins de réadaptation ou de rééducation en dehors des services de soins aigus et de plus en plus à domicile.

Les ressources humaines se sont imposées comme une préoccupation majeure. Malgré une hausse des effectifs salariés du secteur public hospitalier de 2,7 % entre 2018 et 2021 (+ 0,6 % pour les seuls infirmiers), les difficultés de fonctionnement se sont accrues en raison de contraintes de recrutement sur certaines fonctions, de l'augmentation du taux d'absentéisme et de la réticence croissante des personnels à assurer des gardes de nuit ou de week-ends au regard des conséquences sur leur vie privée. Les hôpitaux publics ont été contraints de recourir à des expédients, notamment à l'intérim et aux heures supplémentaires, qui sont apparus problématiques et insuffisants.

La réduction des capacités réelles d'accueil des patients de nombreux établissements (fermeture de lits et de plages de blocs opératoires) pèse sur leurs recettes d'exploitation et la couverture de leurs charges fixes. Dans ce contexte, les conditions d'équilibre à long terme du cycle d'exploitation des hôpitaux publics restent encore à définir par le ministère de la santé qui prépare, en 2023, des réformes des modalités de financement des séjours.

Des aides supplémentaires massives pour les hôpitaux dans le cadre du Ségur de la santé

Au-delà des concours financiers apportés pendant la crise sanitaire et des réformes en cours, les pouvoirs publics ont engagé, avec le Ségur de la santé, des actions de nature structurelle visant à restaurer les capacités financières des hôpitaux surendettés, à retrouver un niveau d'investissement courant suffisant et à mener des projets de modernisation d'envergure d'ici à 2029.

Les montants engagés s'élèvent à 15,5 Md€ au total. Ils sont financés par des ressources exceptionnelles non reconductibles, soit un prélèvement de 13 Md€ sur les recettes de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) entre 2020 et 2022, qui contribue à repousser l'extinction de l'endettement social porté par cet organisme, et une contribution du plan France Relance, refinancée par l'Union européenne, à hauteur de 2,5 Md€. Seule cette seconde contribution est intégrée à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

L'analyse de la répartition de ces montants entre établissements de santé conduit à s'interroger sur leur efficacité en raison de leur trop grande dispersion.

Des aides au désendettement distribuées trop largement

Les aides à la restauration des capacités financières des hôpitaux publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), soit 6,5 Md€ financés par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) d'ici à 2029, ont été attribuées de manière insuffisamment sélective (près de 80 % des hôpitaux publics en ont bénéficié). Ces aides ont permis de conforter de nombreux hôpitaux mais ont été insuffisantes pour apporter des solutions pérennes à ceux dont la situation financière était la plus dégradée. Le nombre d'hôpitaux publics surendettés a peu décliné en 2021 et a recommencé à croître en 2022.

Les aides au désendettement ont en outre été allouées sans contreparties visant à restaurer les conditions d'une exploitation plus saine. Des stratégies individuelles de redressement financier devraient donc être mises en œuvre pour les hôpitaux qui restent encore très déficitaires et surendettés malgré les montants reçus, afin de les aider à se remettre sur une trajectoire financière soutenable dans le cadre global de l'organisation régionale de l'offre de soins.

Un impact des aides aux investissements courants variable selon les régions

Le Ségur de l'investissement a prévu des aides aux investissements courants de 1,5 Md€, financées par l'Union européenne sur la période 2021-2023. Toutefois, ces aides n'ont pas été conditionnées à une augmentation des dépenses d'investissement à due concurrence. Leur impact est donc variable selon les régions.

Les dépenses d'investissement courant ont, certes, augmenté en parallèle (2,1 Md€ en 2019, 2,6 Md€ en 2021). Toutefois, cette augmentation est inégale selon les régions et les établissements de santé et des diminutions ponctuelles ont même été constatées. Une telle déperdition des aides s'explique par l'absence de conditionnalité à une augmentation des dépenses d'investissement courant.

Une dilution des aides aux investissements structurants, un pilotage à resserrer

Concernant les aides à l'investissement structurant (7,5 Md€ d'ici à 2029, dont 6,5 Md€ financés par la Cades pour les hôpitaux publics et les Espic et 1 Md€ par l'Union européenne pour l'ensemble des établissements de santé, y compris les cliniques privées à but lucratif), les conditions du pilotage du dispositif laissent apparaître de grandes fragilités : l'articulation avec les aides habituelles à l'investissement n'a pas été définie ; le besoin en expertise, pourtant indispensable, a été peu pris en compte, notamment par l'absence de recours aux directions régionales des finances publiques (DRFiP) pour l'analyse financière et à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) pour l'analyse technique.

Dans ces conditions, les agences régionales de santé (ARS) ont sélectionné trop de projets d'investissement structurant sur la période 2021-2029 représentant des montants très élevés (27,2 Md€). Il en résulte des taux d'aide trop limités au regard des projets sélectionnés. La réalisation de ces investissements pourrait en conséquence se traduire par une nouvelle dérive de l'endettement des hôpitaux publics qui fragiliserait encore davantage leur situation financière. Ce risque est d'autant plus élevé que les estimations financières des projets devront être révisées à la hausse dans un contexte d'augmentation du coût de la construction et de la hausse des taux d'intérêt. À enveloppe d'aide aux investissements structurants donnée, la Cour estime donc indispensable de revoir la stratégie de programmation, en priorisant les projets ou en étalant leur mise en œuvre dans le temps.

Les dépenses d'investissement lourd ont atteint 2,17 Md€ en 2022, en nette progression (+ 375 M€ par rapport à 2021). Ceci traduit un début de mise en oeuvre de la relance de l'investissement avec 93 M€ d'aides versés aux établissements, contre seulement 16 M€ en 2021.

Récapitulatif des recommandations

En ce qui concerne les hôpitaux publics qui ont bénéficié d'une aide au rétablissement de leurs capacités financières (enveloppe de 6,5 Md€) :

1. compléter les contrats déjà passés par ces établissements avec les ARS en précisant les indicateurs de suivi des actions à mettre en œuvre en contrepartie des moyens reçus. Consolider ces indicateurs à l'échelle nationale dans le rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de ces financements, prévu par l'article 6 de la LFSS pour 2022 (*ministère de la santé et de la prévention*) ;
2. pour les établissements dont la situation reste durablement dégradée malgré ces aides, définir des stratégies individuelles de redressement financier dans le cadre global de l'organisation régionale de l'offre de soins (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*) ;
3. pour ces mêmes établissements, conditionner le versement du reliquat d'aides au désendettement et l'émission de nouveaux emprunts à l'atteinte des indicateurs fixés par les contrats (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).

En ce qui concerne les hôpitaux publics pour lesquels il est envisagé un projet d'investissement structurant financé en partie par les 7,5 Md€ d'aide alloués par le Ségur de la santé :

4. évaluer de manière approfondie, avant toute décision définitive sur le projet et sur le montant de l'aide, l'opportunité du projet en termes d'offre de soins, la qualité de la proposition technique, la robustesse de l'estimation financière du projet, ainsi que la soutenabilité financière de l'investissement (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*) ;

5. renforcer l'expertise des projets, notamment de ceux qui ne sont pas examinés à l'échelon national, en associant l'Anap à l'évaluation de leurs modalités techniques et les DRFiP à l'examen de leur soutenabilité financière (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*) ;
6. prioriser ou étaler dans le temps la mise en œuvre des projets, y compris ceux déjà validés, au regard de la capacité des hôpitaux publics concernés à les réaliser sans augmentation structurelle de leur endettement financier (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).

En ce qui concerne le pilotage central de cette politique de relance de l'investissement hospitalier :

7. fixer les modalités d'interruption du versement des aides à l'investissement qui arrivent à échéance à partir de 2023 (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*) ;
8. intégrer au prochain PLFSS une disposition visant à lever le terme de 2030 prévu pour le versement des aides aux investissements structurants (*ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*) ;
9. achever la mise en place d'outils référentiels et d'indicateurs de suivi ; agréger ces indicateurs à l'échelle nationale dans le rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de ces financements prévu par l'article 6 de la LFSS pour 2022 (*ministère de la santé et de la prévention*).

Introduction

La Cour a décidé d'examiner l'évolution de la situation financière des hôpitaux publics au sortir de l'épidémie de covid 19. Cette crise a mis en exergue le dévouement des personnels soignants et les capacités d'adaptation des hôpitaux publics à une épidémie d'une ampleur et d'une gravité sans précédent. Elle a aussi révélé les fragilités profondes de leur financement, aux causes bien antérieures, ainsi que l'hétérogénéité des situations financières selon les hôpitaux.

Avec le Ségur de la santé et ses suites, les pouvoirs publics ont alloué aux hôpitaux des financements destinés à couvrir les conséquences immédiates de la crise, revaloriser les traitements salariaux afin notamment de mieux prendre en compte la pénibilité des tâches exercées, restaurer les capacités financières des établissements les plus endettés et relancer les investissements de modernisation. Pour autant, des interrogations se font jour sur l'allocation de ces ressources et sur leur adéquation aux besoins des hôpitaux.

La Cour a analysé les comptes financiers des hôpitaux publics de 2018 à 2021, ainsi que les données « physiques » d'activité et de ressources humaines. Ces données ont été actualisées en septembre 2023 avec les comptes financiers 2022.

Des échanges se sont tenus avec des acteurs de terrain, dont six CHU (Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), Hospices civils de Lyon (HCL), CHU de Bordeaux, Grenoble, Rennes et Strasbourg), cinq centres hospitaliers (Argenteuil, Bastia, Castelluccio, Grand hôpital de l'Est francilien, Vienne) et un GHT (Rance-Émeraude à Saint Malo), ainsi qu'avec six ARS (Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand Est, Île-de-France, La Réunion, Nouvelle-Aquitaine).

La Cour a aussi exploité des rapports récents des chambres régionales des comptes sur les hôpitaux publics.

Périmètre et méthodologie

L'enquête couvre les 815 hôpitaux publics de la France hexagonale et des départements et régions de Corse et d'outre-mer en 2021, répartis en cinq catégories : 1/ l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) ; 2/ les 31 autres centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHU) ; 3/ les 369 centres hospitaliers généraux (CHG) ; 4/ les 327 anciens hôpitaux locaux et de proximité et 5/ les 87 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS).

Les données comptables des hôpitaux publics, établies selon la nomenclature de l'instruction M21, sont issues de la base de données de la DGFIP. La Cour a effectué une extraction des comptes de 2018 à 2021 au 30 novembre 2022. Il y avait encore des comptes provisoires 2021 pour 31 établissements et 2020 pour deux autres¹. Les comptes 2019 étaient manquants pour quatre hôpitaux de petite taille². La Cour a procédé à une extraction des comptes 2022 au 4 septembre 2023. Il restait 120 comptes provisoires sur un total de 803 établissements. Les analyses des comptes 2022 sont présentées dans des encadrés d'actualisation du rapport.

Les comptes sont établis par entité juridique. Ainsi, les 38 hôpitaux de l'AP-HP sont regroupés au sein d'une seule entité, qui pèse pour 10 % de l'ensemble des produits et des charges de l'hôpital public en France. Le nombre d'hôpitaux diminue sur la période, certains établissements ayant été regroupés dans des entités juridiques nouvelles ou rattachés à d'autres hôpitaux plus importants (cf. annexe 2).

Les hôpitaux du service de santé des armées et des établissements sanitaires des prisons ont été exclus de l'analyse au regard de leurs missions et conditions de financement spécifiques. Il en va de même pour les établissements et services médico-sociaux publics, ainsi que pour les unités de soins longue durée (USLD), qui leur sont apparentées.

Les établissements de santé privés n'ont pas été intégrés à l'analyse, en l'absence d'outils informatiques permettant la mise à disposition de leurs balances comptables. Leur situation financière est analysée par l'Atih pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et par la Drees pour les cliniques privées à but lucratif.

¹ Voir les critiques de la Cour sur les délais de production des comptes des hôpitaux publics dans le chapitre 3 du Ralfss 2023 précité sur *l'information du Parlement sur la situation financière des hôpitaux : des progrès nécessaires*.

² Hôpitaux locaux de la Tour du Pin et de Mauléon, centre gérontologique du Raizet et centre hospitalier Beauperthuy à Pointe Noire.

Il en ressort que la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire apparaît toujours structurellement dégradée, les dispositifs *ad hoc* de financement mis en place durant l'épidémie de covid 19 n'ayant permis que de la stabiliser provisoirement (I). Le pilotage des aides financières supplémentaires consacrées au désendettement (II) et à l'accompagnement des projets d'investissement hospitalier (III) appelle de nouvelles décisions d'orientation pour en garantir l'efficacité et la soutenabilité financière pour les hôpitaux.

Chapitre I

Des aides massives pendant la crise sanitaire, mais non contrôlées et répondant à un besoin de court-terme

La crise sanitaire a suscité de fortes perturbations dans le fonctionnement des hôpitaux publics, mobilisés par la prise en charge des patients atteints par l'épidémie de covid 19 et soumis à des consignes de déprogrammation données par le ministère de la santé. Dès mars 2020, des dispositifs exceptionnels de soutien financier ont été mis en place pour les établissements de santé afin d'éviter que leurs pertes importantes d'activité et les surcoûts liés à la prise en charge des patients ne se traduisent par des ruptures de trésorerie et des pertes financières accrues.

Justifiés par l'incidence de la crise sanitaire sur les recettes et les dépenses des hôpitaux, ces dispositifs ont, paradoxalement, amélioré de manière transitoire leur situation financière, malgré la perte d'activité subie. Leur application n'a pas, sauf exception, fait l'objet de contrôle. En outre, ces dispositifs ne répondent pas aux contraintes d'exploitation de long terme des hôpitaux publics liées, notamment, à leur baisse d'activité et à leurs difficultés de recrutement de personnels soignants.

I - Une situation financière globalement dégradée, mais hétérogène entre les hôpitaux publics

Malgré une amélioration récente, les résultats nets des hôpitaux publics dans leur ensemble restent structurellement déficitaires, en raison de résultats d'exploitation qui ne couvrent que partiellement les charges

financières liées aux emprunts passés. Toutefois, ces résultats sont très hétérogènes entre les hôpitaux, selon leur politique d'investissement passée, l'évolution de leur activité et leurs mesures d'organisation interne. Par ailleurs, la trésorerie des hôpitaux publics s'améliore, ce qui apparaît paradoxal compte tenu de l'évolution de leurs résultats nets.

A - Un résultat net négatif sur longue période

1 - Un déficit global des hôpitaux publics

Depuis 2006, les hôpitaux publics ont enregistré un résultat net déficitaire, en alternant des cycles d'augmentation (2006-2007, 2013-2017) et de réduction (2008-2012). Cette perte s'est fortement réduite en 2020, mais s'est dégradée à nouveau en 2021. Pour l'essentiel, elle a tenu au budget principal des hôpitaux. Les budgets annexes ont été globalement excédentaires, sauf en 2021.

Budget global, budget principal et budgets annexes

Le budget principal retrace les produits et les charges liés à l'activité de soins de l'hôpital public.

Quand un Ehpad ou une unité de soins de longue durée (USLD) est rattaché à un hôpital public, ses produits et ses charges sont prévus et retracés dans un budget annexe, distinct du budget principal.

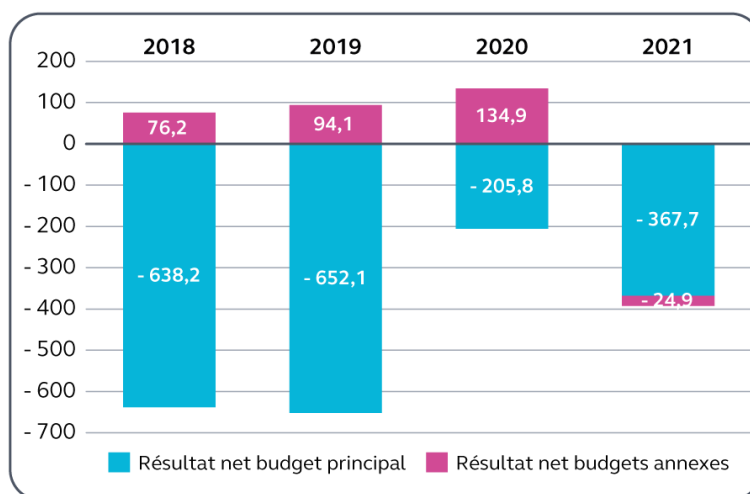
Le budget principal et le ou les budgets annexes sont consolidés au sein du budget global.

Dans le présent rapport, l'analyse a porté sur les budgets principaux, pour se concentrer sur l'enjeu financier le plus significatif. Les budgets globaux ont été pris en compte pour l'analyse des investissements et de l'endettement.

La franche amélioration du résultat net des hôpitaux en 2020 a été liée aux dispositifs de compensation des charges pendant la crise sanitaire. Les hôpitaux ont bénéficié d'une garantie de financement de leurs produits calculés à partir des montants de 2019, de la compensation des surcoûts générés par l'épidémie de covid 19 ainsi que de produits exceptionnels³.

³ Dons d'équipements (masques, gants, charlottes) comptabilisés à leur valeur vénale, ce qui a amélioré le résultat de l'ordre de 300 M€ en 2020 et de 20 M€ en 2021.

**Graphique n° 1 : résultat net du budget principal
et des budgets annexes des hôpitaux publics (en M€)***



* Y compris les produits exceptionnels de dons d'équipements comptabilisés à leur valeur vénale (de l'ordre de 300 M€ en 2020 et de 20 M€ en 2021).

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

Des niveaux historiques de pertes en 2022

Les déficits globaux cumulés des hôpitaux publics atteignent le niveau sans équivalent de - 1 339 M€ en 2022, dont - 1 073 M€ pour les budgets principaux et - 266 M€ pour les budgets annexes (essentiellement les Ehpad et les unités de soin de longue durée). Il faut remonter à 2007 pour approcher un tel niveau de pertes (- 1 035 M€).

Ces montants 2022 intègrent 120 comptes provisoires sur un total de 803 établissements. Les résultats nets des hôpitaux seront ajustés à l'issue de la validation définitive de l'ensemble des comptes⁴.

Sur le budget principal, la forte dégradation des résultats par rapport à 2021 concerne l'exploitation, qui passe d'un excédent de 176 M€ à un déficit de 552 M€. Les produits d'exploitation augmentent de 3,4 Md€ (+ 4 %) mais la progression des charges est plus rapide encore, de 4,1 Md€ (+ 5 %), dont 3 Md€ (+ 5,6 %) pour les charges de personnel sous l'effet des revalorisations du Ségur de la santé et de l'augmentation des traitements de la fonction publique et 1,1 Md€ (+ 4,6 %) pour les achats externes, en raison des effets de l'inflation. Le déficit financier, quant à lui, reste assez stable à - 703 M€, en augmentation de 30 M€ par rapport à 2021.

⁴ La Cour a critiqué dans le chapitre 3 du rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) 2023 les trop longs délais d'établissement et de publication des comptes définitifs des hôpitaux publics.

2 - Des résultats hétérogènes selon les hôpitaux

En 2021, 58 % des hôpitaux publics enregistraient un résultat net positif sur leur budget principal. Cette situation a marqué une amélioration par rapport à 2018, où le ratio était de 45 %.

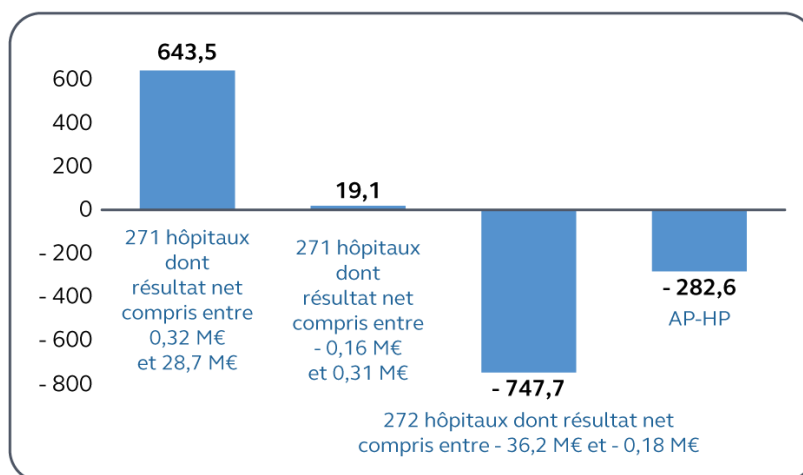
Le grand hôpital de l'est francilien, un exemple d'hôpital dégageant un résultat positif

Le GHEF bénéficie de tarifs majorés (compensation géographique en Île-de-France) et a su tirer profit de la fusion de ses établissements de Meaux, Marne-la-Vallée et Coulommiers (2017) pour optimiser ses procédures de gestion et d'organisation (centralisation des fonctions de stérilisation, des commandes, de pharmacie et de sa cellule marché) et pour restructurer son offre territoriale (regroupement des activités d'hôpital de jour et maintien de consultations avancées). Il est organisé en douze pôles intersites et interservices, qui bénéficient de délégations de gestion pour rapprocher les décisions du terrain et qui gèrent un budget et leurs effectifs. Pour limiter la durée de séjour des patients, l'aval est pris en compte précocement, en lien avec des assistantes sociales. Une attention particulière est portée à l'exhaustivité du codage des séjours.

L'hétérogénéité des situations financières des hôpitaux restait toutefois particulièrement marquée en 2021. Un tiers des hôpitaux publics dégageait un résultat net positif (supérieur à 0,3 M€) pour un cumul de 643 M€. À l'opposé, un autre tiers concentrait les pertes les plus lourdes (supérieures à 0,18 M€) pour un cumul de 747 M€, hors AP-HP. Le troisième tiers se situait dans une position intermédiaire, avec des résultats proches de zéro.

L'AP-HP se singularise à la fois par l'importance de son déficit rapportés à ses produits et par son augmentation continue. Le déficit de l'AP-HP sur son budget principal est ainsi passé de 2,1 % de ses produits en 2018 à 3,4 % en 2021.

Graphique n° 2 : répartition des hôpitaux par tiers et cumul des résultats nets des budgets principaux en 2021 (en M€)



Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

Une hétérogénéité des situations financières qui s'accroît en 2022

La dégradation des résultats en 2022 n'est hétérogène selon les établissements hospitaliers. Le déficit de l'AP-HP, qui avait beaucoup crû les années précédentes, a peu augmenté en 2022, à 303 M€ (+20 M€). Hors AP-HP, un tiers des hôpitaux dégage toujours un excédent supérieur à 204 000 €, soit 605 M€ en cumul et un autre tiers reste proche de l'équilibre financier. La situation financière du troisième tiers, dont les pertes dépassent 527 000 €, apparaît en revanche très dégradée, avec 1 359 M€ de déficit en cumul. En 2022, 25 hôpitaux publics, hors AP-HP, présentent une perte supérieure à 10 M€ (582 M€ en cumul), contre 11 en 2021 (197 M€ en cumul).

Des trajectoires de résultats apparaissent particulièrement volatiles : 44 hôpitaux tombent du premier tiers (fort excédent) en 2021 au troisième tiers (fort déficit) en 2022, notamment l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille dont l'excédent de 1 M€ en 2021 est devenue une perte de 56 M€ en 2022. *A contrario*, 10 hôpitaux remontent du troisième au premier tiers, comme le CHU de Nîmes qui, après une perte de 9 M€ en 2021, présente un excédent de 15 M€ en 2022.

3 - Des aides exceptionnelles d'exploitation en fin de gestion pour prévenir des ruptures de trésorerie

En fin d'année, le ministère de la santé apporte des aides exceptionnelles d'exploitation aux hôpitaux les plus en difficulté. En principe, il s'agit d'aides ponctuelles d'urgence pour prévenir un risque d'interruption de règlement des fournisseurs et de paie des salariés. Ces aides d'exploitation ne donnent pas lieu à contrepartie.

Ces aides se sont élevées à 272 M€ en 2015, 427 M€ en 2021 et 301 M€ en 2022. Le total a représenté 1,5 Md€ sur la période 2018-2021, dont 850 M€ pour les hôpitaux d'outre-mer, 108 M€ pour ceux de Corse, 122 M€ pour ceux des Hauts-de-France et 119 M€ pour ceux de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces aides s'ajoutent aux majorations géographiques des tarifs d'activité en outre-mer et en Corse⁵.

En 2021, 77 hôpitaux en ont bénéficié, dont 38 de manière récurrente depuis 2016 : 25 hôpitaux hexagonaux⁶, dix dans les départements et collectivités d'outre-mer⁷ et quatre en Corse⁸.

B - Une situation de trésorerie positive malgré les résultats négatifs

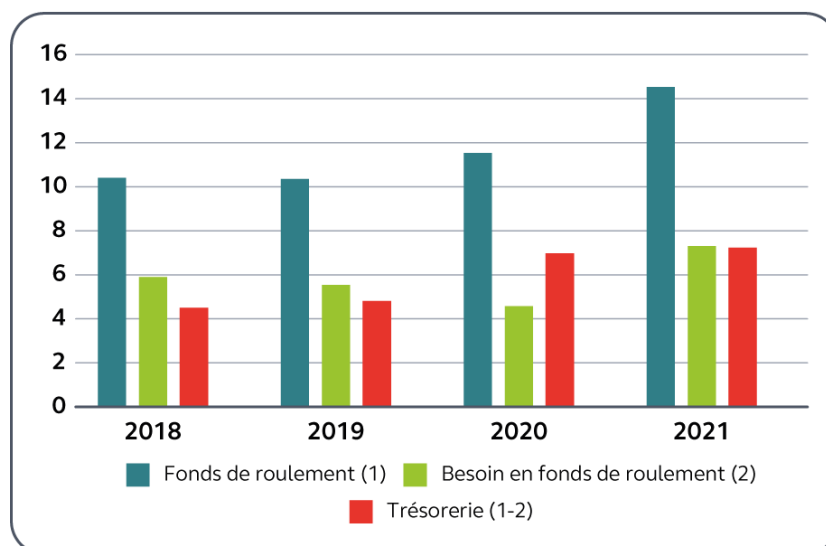
Malgré des résultats nets négatifs sur longue période, la trésorerie des hôpitaux a fortement et rapidement augmenté au cours de la période récente, passant de 4,5 Md€ fin 2018 à 7,2 Md€ fin 2021, soit + 61 %.

⁵ Un coefficient est appliqué aux tarifs MCO et HAD des établissements de santé publics et privés, de 7 % en Île-de-France, 11 % en Corse, 27 % en Guadeloupe et Martinique, 29 % en Guyane et 31 % à la Réunion et à Mayotte.

⁶ Dont CHU de Strasbourg, CH d'Epinal, Epinal, Remiremont, Chaumont, CHU de Nancy, CH de Saint-Dié, Briey, Ouest vosgien.

⁷ CHU de la Guadeloupe et de Martinique, CH de Basse-Terre, CH Maurice Despinoy en Martinique, de Kourou, de Cayenne, de l'Ouest guyanais et Est Réunion.

⁸ CH d'Ajaccio, Bastia, Bonifacio et Castelluccio.

**Graphique n° 3 : évolution de la trésorerie des hôpitaux
Budget global (en Md€)**

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

Le montant cumulé des fonds de roulement⁹, qui était globalement stable en 2018-2019, a progressé de 4,1 Md€ entre 2018 et 2021 malgré des résultats nets négatifs cumulés de 1,6 Md€ sur la période.

Les trois principaux facteurs ont été la mise en œuvre du dispositif de restauration des capacités financières¹⁰ (6 Md€ en capitaux propres en 2021), la hausse des subventions pendant la crise sanitaire (2,1 Md€) et une augmentation des provisions au titre des comptes épargne-temps (1,4 Md€)¹¹. Hors dispositif de restauration des capacités financières, la valeur des actifs a légèrement diminué, ce qui traduit un investissement inférieur aux amortissements et une progression de la vétusté des bâtiments et des équipements.

⁹ Différence entre les capitaux permanents (capitaux propres, provisions pour risques et charges et endettement à moyen ou long terme) et les actifs immobilisés.

¹⁰ Aide comptabilisée dans les bilans des établissements bénéficiaires en capitaux propres pour la totalité de son montant lors de la signature des contrats avec les ARS, fin 2021. En contrepartie, une créance immobilisée a été enregistrée à l'actif, dont le montant est réduit au fur et à mesure des versements reçus, jusqu'en 2029.

¹¹ Nouveau mode de calcul sur le salaire réel et relèvement ponctuel du plafond de 60 à 80 jours en 2021 pour éviter la perte des jours épargnés durant la crise sanitaire.

Le besoin en fonds de roulement¹² a lui aussi augmenté, mais dans une mesure plus limitée. Cette augmentation recouvre notamment une hausse de 4 Md€ en 2021 des créances des hôpitaux sur les caisses primaires d'assurance maladie résultant du versement tardif des dotations. Dans l'autre sens, les dettes d'exploitation (fournisseurs, cotisations sociales, taxes dues) des hôpitaux ont augmenté de 1,3 Md€ depuis 2018 (cf. *infra* hôpital de Bastia au chapitre II, point III, B, 1).

La trésorerie des hôpitaux publics, qui est le solde entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement, a augmenté de 2,7 Md€ entre 2018 et 2021, ce que la DGOS explique par la nécessité de faire face à la hausse des charges, liée notamment aux mesures de revalorisation salariales du Ségur¹³.

Les dépôts des hôpitaux sur leur compte du Trésor public ont aussi fortement progressé, passant de 5,1 Md€ fin 2018 à 8,1 Md€ fin 2021. Toutefois, les dépôts se sont réduits pour 322 hôpitaux pour un montant total de 819 M€ sur la période, concomitamment à l'augmentation de leurs dettes d'exploitation, ce qui traduit des tensions de trésorerie.

**Tableau n° 1 : évolution des dépôts au Trésor en fin d'année
Budget global – compte 515 (en M€)**

	2018	2019	2020	2021	2021 % produits
AP-HP	0	0	2	1	0 %
CHU	998	1 149	2 172	3 141	11 %
CH	2 228	2 408	3 187	2 624	6 %
CHS	848	935	1 077	1 175	16 %
HLP	1 012	972	1 111	1 117	18 %
Total	5 086	5 464	7 548	8 057	9 %

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

À compter de 2021, les dépôts au Trésor ont été alimentés par les premiers versements de la mesure de restauration des capacités financières des établissements (1,4 Md€ en 2021 et 650 M€ en 2022, cf. chapitre II).

¹² Le besoin en fonds de roulement mesure le montant des capitaux nécessaires au financement du cycle d'exploitation. Il découle des délais d'encaissement et de paiement, et de la rotation des stocks.

¹³ Lettre de la DGOS à la sixième chambre de la Cour du 20 février 2023.

Par ailleurs, les trois CHU de Rennes, Brest et Nancy ont effectué des émissions de titres d'emprunt à court-terme pour un total de 1 Md€ en 2021 afin de bénéficier de taux d'intérêt négatifs¹⁴. Les fonds ainsi levés ont été déposés sur leurs comptes au Trésor. Sans ces opérations financières, le montant des dépôts au Trésor se serait établi à 7,1 Md€ fin 2021, au lieu de 8,1 Md€.

Les ARS et les DRFiP de Bretagne et du Grand-Est n'ont pas fait obstacle à ces opérations. Pour intéressantes qu'elles aient pu être pour ces trois CHU, et bien que dépourvues de risque financier, elles apparaissent contestables car préjudiciables aux finances publiques. Elles se sont en effet substituées à des emprunts qu'aurait sinon effectués l'Agence France-Trésor pour alimenter la trésorerie de l'État, à des conditions encore plus favorables. Comme la Cour l'a souligné, « *le recours à l'endettement de la part des opérateurs engage in fine les moyens de l'État et se fera toujours à un taux d'intérêt supérieur à celui d'un emprunt contracté par l'État* »¹⁵. Des instructions précises sont à définir pour mieux encadrer les modalités de recours à l'emprunt des hôpitaux publics.

Des dépôts au compte du Trésor qui ont continué à augmenter en 2022

Les pertes accrues des hôpitaux en 2022 ne se traduisent pas par une augmentation apparente des tensions de trésorerie. Les montants totaux portés sur le compte du Trésor selon la comptabilité hospitalière se sont en effet élevés à 9,16 Md€ en fin d'exercice 2022, en amélioration de 1,1 Md€ par rapport à 2021, en cohérence avec la situation mensuelle de l'État. En retraçant de l'effet des émissions de titres à court terme des trois CHU de Rennes, Brest et Nancy, l'augmentation des dépôts au Trésor a atteint 1,75 Md€ en 2022.

Cette amélioration générale masque néanmoins des situations très hétérogènes et des tensions de trésorerie pour certains hôpitaux.

¹⁴ Le total des emprunts à court terme de ces trois CHU s'élevait à 950 M€ à la fin 2021 et à 300 M€ à la fin 2022. Les gains cumulés sont de 1,8 M€ à la fin 2022 pour le CHU de Rennes, 0,35 M€ pour le CHU de Brest et 80 000 € pour le CHU de Nancy.

¹⁵ *Les relations entre l'État et ses opérateurs*, Cour des comptes, 2021 (p. 79).

II - Des aides exceptionnelles non contrôlées, mais qui ont préservé, voire amélioré, la situation financière des hôpitaux

La réduction de l'activité et les charges supplémentaires subies par les hôpitaux durant la crise sanitaire ont accru les tensions financières sur leur situation. Leurs ressources ont néanmoins pu être préservées en raison de la mise en place de concours financiers exceptionnels, prolongés encore en 2023.

D'une part, les surcoûts spécifiques suscités par l'épidémie de covid 19 ont été compensés. Les éléments ayant conduit à fixer les sommes versées, dont le périmètre a d'abord été déterminé dans l'urgence, n'ont toutefois pas été contrôlés.

D'autre part, la garantie de financement – qui s'est traduite par le versement d'aides financières destinées à compenser la baisse des recettes d'activité – a contribué à couvrir les charges fixes des hôpitaux. Le dispositif de sortie de la garantie de financement n'a cependant toujours pas été déterminé, plus d'un an après la fin de la crise sanitaire. Un dispositif transitoire a été mis en place pour 2023¹⁶.

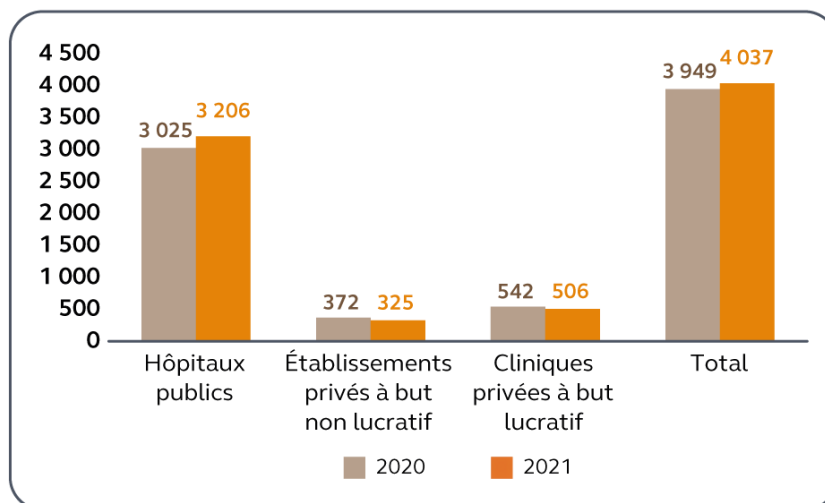
A - Une carence de gestion des compensations financières de la crise sanitaire

L'État a mis en œuvre des mesures de soutien à l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, visant à compenser les surcoûts imputables à la crise sanitaire de même que les pertes de recettes provenant d'autres financeurs que l'assurance maladie (organismes complémentaires et assurés). Les sommes versées à ce titre par l'assurance maladie se sont élevées à 3,9 Md€ en 2020, 4 Md€ en 2021, 0,7 Md€ en 2022 selon des données provisoires. Elles ont été en grande partie destinées aux hôpitaux publics.

Ces montants n'incluent pas le coût des primes versées aux personnels des hôpitaux et cliniques durant la crise sanitaire pour un total de 1,25 Md€, compensé à l'euro près par l'assurance maladie.

¹⁶ LFSS pour 2023 (article 44).

Graphique n° 4 : compensations de surcoûts et de pertes de recettes par l'assurance maladie, par catégories d'établissements (en M€)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DGOS

1 - Pour 2020, des versements effectués dans l'urgence, dont la révision n'a pas empêché des surcompensations

Les dotations exceptionnelles destinées à couvrir les surcoûts dus à l'épidémie de covid 19 ont été allouées selon des instructions successives du ministère de la santé¹⁷. Des dotations forfaitaires de 475 M€ (première vague) et 500 M€ (deuxième vague) ont été réparties par les ARS entre établissements de santé, en avril et en octobre 2020.

Elles ont été complétées par d'autres enveloppes pour tenir compte d'une évaluation plus fine des coûts supportés lors de la première vague (722 M€) ainsi que des pertes de recettes de ticket modérateur¹⁸ et de forfait journalier¹⁹ normalement versées par les organismes complémentaires et par les patients (476 M€).

¹⁷ Circulaires du 20 avril, du 2 novembre et du 17 décembre 2020 relatives à la campagne tarifaire et budgétaire 2020 des établissements de santé et arrêté du 24 mars 2021 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales de financement des Migac.

¹⁸ Le ticket modérateur est une partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie.

¹⁹ Le forfait journalier hospitalier (20 € par jour en hôpital et en clinique) est la participation du patient aux frais d'hébergement et d'entretien liés à son hospitalisation.

À cette logique de compensation a succédé une logique de neutralité budgétaire visant à garantir aux établissements une situation financière à fin 2020 comparable à celle à fin 2019²⁰. Une aide de 1,22 Md€, calculée de façon différentielle par rapport aux aides déjà perçues, a ainsi été notifiée aux établissements de santé en mars 2021, dont 858 M€ pour les hôpitaux publics.

Cette compensation a été calculée sur le fondement de comptes provisoires, généralement plus pessimistes que les comptes définitifs. Il en est résulté des cas de surcompensation. Or, les ARS ont contrôlé certaines atypies lors du versement mais n'ont pas pour autant procédé à des régularisations au vu des comptes 2020 définitifs. Pour les seuls hôpitaux publics, une restitution de 175 M€ aurait dû être effectuée.

Enfin, les tests de dépistage de covid 19 réalisés dans l'ensemble des établissements de santé ont été pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, pour 559 M€²¹.

2 - Pour 2021, des versements calculés différemment mais conduisant toujours à des surcompensations

En 2021, le ministère de la santé est revenu à une méthode analytique pour estimer et compenser les surcoûts et pertes de recettes.

Deux enveloppes ont été déléguées, l'une de 960 M€, couvrant la période du 1^{er} janvier au 30 avril, l'autre de 593 M€ couvrant la période de mai à décembre.

Plusieurs autres dotations, d'un total de 147 M€, ont ensuite couvert des dispositifs ciblés²². Séparément, les tests de dépistage ont été remboursés à l'euro près, à partir de fichiers déclaratifs des établissements, pour un coût de 749 M€. Enfin, la campagne de vaccinations a été prise en charge à 100 % pour un coût de 471 M€, dont près de 90 % pour les hôpitaux publics. La compensation des pertes de ticket modérateur et de forfait journalier hospitalier a été reconduite à l'identique pour un montant provisoire de 217 M€.

²⁰ IGF-Igas, *Mission relative aux impacts de la crise sanitaire de la covid 19 sur les budgets des établissements de santé*, février 2021.

²¹ Arrêté du 7 mars 2020, décret du 5 mai 2020 et arrêté du 12 mai 2020.

²² Équipements biomédicaux pour la prise en charge des patients atteints par l'épidémie de covid 19 en soins critiques, hôpitaux d'outre-mer faisant face à une vague de covid 19 en été, dispositif de pharmacies pivots mis en place pour la vaccination.

Enfin, les aides ont été étendues, sur proposition de l'IGF et l'Igas²³, à certains coûts indirects²⁴. À défaut de pouvoir être précisément évalués, du fait de l'absence de comptabilité analytique dans la plupart des établissements de santé, ces coûts indirects ont été estimés à partir d'un échantillon de seulement huit hôpitaux et cliniques. En conséquence, 900 M€ supplémentaires ont été versés aux hôpitaux en compensation, d'une part, de surcoûts (700 M€), d'autre part, de pertes de recettes autres que celles de ticket modérateur et de forfait journalier²⁵ (200 M€).

Il n'a pas été possible de vérifier *a posteriori* la réalité de ces surcoûts, pour les établissements non-dotés d'une comptabilité analytique. Aucune estimation des surcompensations n'a été faite et aucune ARS n'a procédé à des récupérations en 2022. En outre, aucun chiffrage des économies liées à la baisse d'activité en 2021 n'a été réalisé.

3 - Pour 2022, des versements fondés sur une simple extrapolation de 2021

Comme en 2021, une enveloppe financière destinée à couvrir les surcoûts dus à l'épidémie de covid 19 a été allouée en 2022, au titre de la cinquième vague. À la différence de 2021, seuls les surcoûts ont été compensés et non les pertes de recettes.

Il a été décidé, comme en 2021, de couvrir les charges indirectes, ce qui n'était plus nécessairement justifié en 2022. En effet, le coût d'achat d'équipements de protection individuelle était susceptible d'avoir diminué par rapport à 2021. De plus, les réorganisations d'activités rendues nécessaires par la prise en charge des patients atteints n'ont pas eu une intensité comparable à celles de 2021. Les hôpitaux examinés par la Cour ont d'ailleurs mis en place des organisations plus souples qu'en 2021 pour s'adapter aux pics épidémiques.

Le calibrage des enveloppes 2022 aurait donc dû reposer soit sur une enquête menée auprès d'établissements dotés d'une comptabilité analytique, soit sur une mission d'expertise.

²³ IGAS-IGF, *Compensation des surcoûts supportés en 2021 par les établissements de santé du fait de l'épidémie de covid 19*, février 2022.

²⁴ Filtrage et contrôle des pass sanitaires, charges de personnel liées à la prise en charge de patients atteints par l'épidémie de covid 19 et non récurrentes, comme les provisions pour comptes épargne-temps, divers surcoûts comme ceux d'analyses de biologie médicale de patients covid 19 hors tests PCR, de mise en place de cellules de crise, d'affectation de personnels à la saisie dans Sivic, de nettoyage et de blanchisserie.

²⁵ Chambres particulières, redevances de parking, redevances commerciales etc.

4 - Des compensations versées sans contrôle, des récupérations devenues impossibles

Les ARS rencontrées par la Cour n'ont réalisé aucun contrôle *a priori*, ni *a posteriori* des pertes de recettes subies, ni des surcoûts déclarés, invoquant les délais contraints de délégation des dotations, l'absence de comptabilité analytique de la plupart des hôpitaux pour les surcoûts indirects, la faiblesse de leurs moyens humains²⁶ et le pré-fléchage des enveloppes financières effectué *a priori* par la DGOS²⁷.

Les remboursements de tests, effectués à partir de fichiers déclaratifs, reposent sur des fondements particulièrement fragiles. Ces fichiers n'ont fait l'objet d'aucun contrôle de cohérence de la part des ARS et des CPAM, par rapprochement avec le nombre de séjours de patients atteints. Aucun contrôle par sondage ou sur pièces n'a été réalisé malgré l'enjeu financier (1,3 Md€ pour 2020-2021).

Les hôpitaux universitaires de Strasbourg estiment avoir bénéficié d'une surcompensation de 13,9 M€ sur leurs dépenses directes, mais notent qu'elle peut couvrir toutefois leurs surcoûts indirects qu'ils ne sont pas en mesure de calculer. Elle leur aurait permis de couvrir les revalorisations salariales du Ségur qu'ils jugent insuffisamment compensées dans la revalorisation des tarifs.

L'importance des montants versés (8,6 Md€ sur la période 2020-2022) et le caractère déclaratif ou estimé d'une grande partie des besoins auraient justifié la mise en place d'un dispositif de suivi *a priori* et de contrôle *a posteriori* pour s'assurer que les montants versés aux établissements de santé l'ont été à bon droit, en contrôlant l'absence d'erreurs et, le cas échéant, d'abus voire de fraudes.

Le ministère de la santé considère toutefois que le contrôle des montants distribués et la récupération des excès de compensation seraient trop complexes à mettre en œuvre. La DGOS pointe ainsi « l'absence de visibilité sur les comptes financiers des établissements de santé privés, [qui] aurait rendu difficile l'estimation de surcompensation et donc de reprise et aurait créé une inégalité entre les structures selon leur nature juridique »²⁸. Pour l'ARS Grand Est, « les équipes des ARS, à tout le moins

²⁶ L'ARS Grand-Est ne dispose que d'un seul contrôleur de gestion à même de faire ce type de contrôles, poste vacant depuis plusieurs mois au 1^{er} juin 2023.

²⁷ « L'ARS Île-de-France a considéré que cette méthode [de la DGOS] constituait un contrôle *a posteriori* commun à tous et n'a pas déployé de contrôles supplémentaires ».

²⁸ Lettre du 14 juin 2023 à la présidente de la Sixième chambre de la Cour des comptes.

pour celle du Grand-Est, ne possèdent pas les ressources suffisantes, en nombre et en expertise, pour pouvoir challenger efficacement les déclarations des établissements de santé sur ce sujet. »²⁹

Ces éléments attestent des carences de pilotage et de contrôle de la gestion des concours exceptionnels aux établissements de santé durant la crise sanitaire, malgré les enjeux financiers.

B - Une garantie de financement qui se prolonge au-delà de la crise sanitaire

Outre la prise en charge des surcoûts dus à l'épidémie de covid 19, les établissements de santé ont également bénéficié d'une garantie de financement pour compenser les pertes de recettes liées à la baisse de leur activité. La réduction de l'activité des hôpitaux publics, brutale en 2020, n'est pas uniquement liée à la crise sanitaire, mais résulte aussi d'une tendance de fond. À fin 2022, une majorité d'hôpitaux publics n'avait pas retrouvé leur niveau d'activité de 2019.

1 - Une activité en fort recul en 2020, qui n'a pas retrouvé en 2022 son niveau d'avant-crise

L'activité des hôpitaux s'est trouvée bouleversée par la crise sanitaire en 2020 sur tout le territoire, même dans les régions peu affectées, en raison de l'instruction du ministère de la santé de déprogrammer les interventions chirurgicales non-urgentes.

La déprogrammation des interventions chirurgicales en 2020

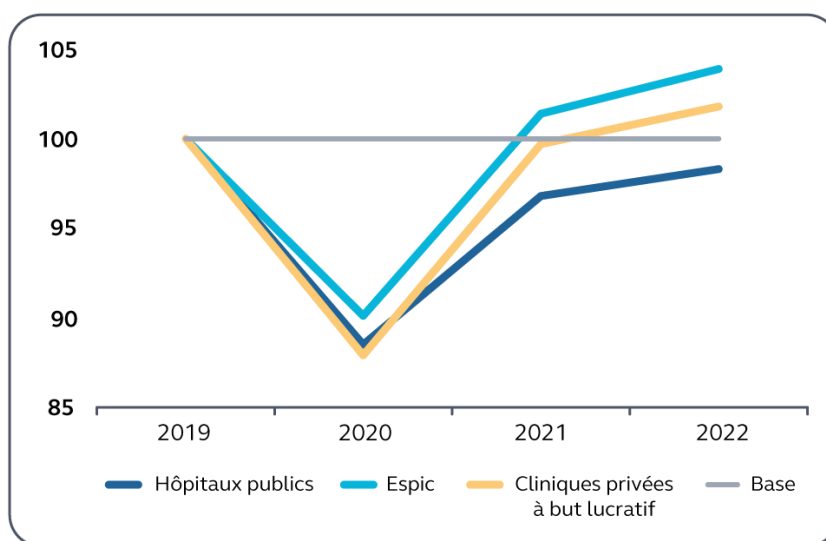
Afin de permettre aux hôpitaux de prendre en charge les soins à apporter aux patients atteints par l'épidémie de covid 19 et de prévenir l'engorgement des services de réanimation, la DGOS a, dès le 11 mars 2020, émis des consignes nationales invitant les services hospitaliers publics et privés à « déprogrammer sans délai toutes les interventions chirurgicales non urgentes nécessitant un recours à la réanimation post-opératoire ou à la surveillance continue », en portant « une attention particulière aux patients suivis en cancérologie », en cas de risque « de perte de chance pour les patients ».

²⁹ Lettre du 16 juin 2023 à la présidente de la Sixième chambre de la Cour des comptes.

Ces instructions ont été à l'origine d'une forte contraction de l'activité de l'ensemble des services des hôpitaux et cliniques, y compris dans les territoires moins affectés par l'épidémie. Seuls les services de réanimation médicale ont été saturés par la prise en charge de patients atteints par l'épidémie de covid 19. Les séjours (hors séances³⁰) ont diminué en 2020 en proportion équivalente dans les établissements du secteur public hospitalier (- 11 %) et les cliniques à but lucratif (- 13 %). En hospitalisation partielle, la baisse a été plus prononcée dans les établissements du secteur public (- 41 %, contre - 33 % pour les cliniques à but lucratif), en raison des différences de mobilisation dans la prise en charge des patients. Cette baisse d'activité s'est concentrée à 80 % sur les trois premiers mois de la première vague épidémique, de mars à mai 2020.

En 2022, l'activité des hôpitaux publics est restée inférieure de 1,7 % à celle de 2019, alors que celles des Espic a progressé de 3,9 %, et celle des cliniques privées de + 1,8 %.

Graphique n° 5 : évolution du nombre de séjours entre 2019 et 2022 (base 100 en 2019)



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH

³⁰ La chimiothérapie, la dialyse, les transfusions et la radiothérapie ne sont pas considérées comme des séjours dans le PMSI. La séance comprend la venue d'un patient pour une injection ou une exploration sans anesthésie.

Par ailleurs, la structure des soins des hôpitaux publics a évolué : le nombre de séjours en ambulatoire a augmenté de 11,6 % entre 2019 et 2022. Dans les CHU (sauf à l'AP-HP), la hausse de l'activité ambulatoire a conduit à une augmentation globale de l'activité malgré la baisse des hospitalisations complètes³¹. La crise sanitaire s'est ainsi accompagnée d'une poursuite du virage ambulatoire de l'activité hospitalière. Toutefois, des écarts importants demeurent avec le secteur privé lucratif qui a évolué plus rapidement du fait de sa spécialisation et de sa plus grande souplesse et dont plus de la moitié des séjours est désormais effectuée en ambulatoire.

Les séjours en ambulatoire sont moins rémunérateurs pour les établissements que l'hospitalisation complète car ils ne s'accompagnent pas de la perception de recettes d'hébergement et d'hôtellerie pour la nuit.

Toutes choses égales par ailleurs, entre la baisse du nombre de séjours et l'accélération du virage ambulatoire, les hôpitaux publics auraient subi un manque à gagner pouvant être estimé à environ 800 M€ en 2021 si la tarification à l'activité avait été appliquée, à comparer à un déficit consolidé qui atteignait déjà près de 400 M€ la même année.

Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer cette baisse d'activité.

Tout d'abord, les progrès de la science se traduisent par le recours à des traitements innovants³² qui préviennent ou retardent les hospitalisations et permettent une chirurgie ambulatoire plus fréquente.

Un deuxième motif, spécifique à l'hôpital public, serait lié à des pertes d'activité au bénéfice des Espic et des cliniques privées, notamment pour les activités programmées de chirurgie comme l'orthopédie. Les hôpitaux publics, perturbés par les fortes variations de l'activité liée à l'épidémie de covid 19, qui s'ajoutent à celles des services d'urgence, auraient éprouvé d'importantes difficultés à reconstituer leurs équipes et à retrouver des filières de patients pour leurs activités programmées. Une partie des patients s'est sans doute orientée vers le secteur privé, dont l'activité est répartie plus rapidement, compte tenu de son caractère plus spécialisé et programmable, et dont l'organisation des équipes a été moins perturbée pendant la crise³³.

³¹ Cette hausse résulte également de l'instruction du 10 septembre 2020, relative à la gradation des soins, qui a intégré dans l'ambulatoire l'activité externe en ambulatoire.

³² Évolution des modes de prise en charge des cancers du côlon ou du sein selon une étude réalisée par Unicancer en 2022.

³³ Cet élément explicatif a notamment été relevé par la chambre régionale des comptes d'Auvergne-Rhône-Alpes dans son rapport d'observations définitives sur les Hospices civils de Lyon, publié en 2021.

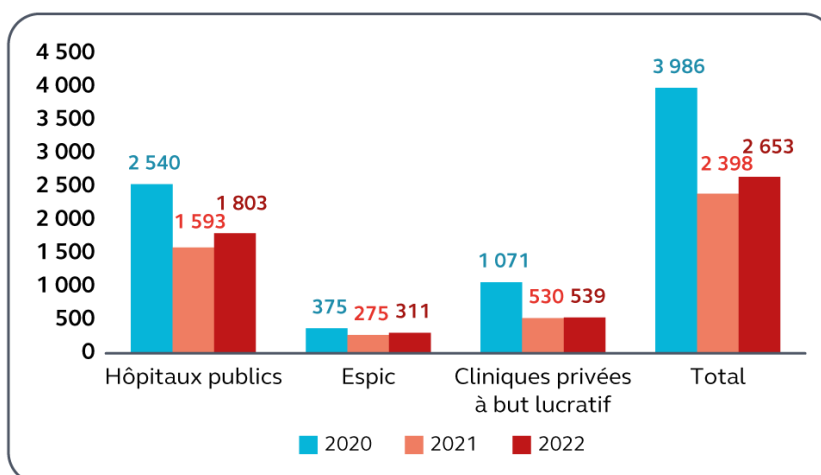
Certains hôpitaux publics ont su toutefois faire preuve d'une grande réactivité. Ainsi, le Grand hôpital de l'est francilien (GHEF) a retrouvé dès 2021 un niveau d'activité équivalent à celui de 2019, alors même qu'il a été actif dans l'accueil de patients atteints par l'épidémie de covid 19. Ce résultat a été obtenu au prix d'un effort constant pendant la crise pour maintenir autant que possible les lits ouverts et une activité programmée, afin d'être en mesure de redémarrer plus rapidement.

Les tensions relatives au personnel médical non-soignant ont aussi été identifiées, lors des échanges avec les hôpitaux et les fédérations hospitalières, comme le facteur d'explication principal à l'atonie de l'activité. La faible attractivité des emplois au sein des hôpitaux publics et un absentéisme accru depuis la crise sanitaire ont une incidence défavorable sur l'activité en raison des fermetures de lits qu'elles impliquent. Début 2023, le CHU de Grenoble était ainsi contraint de fermer 170 lits et 20 % des plages de blocs opératoires, par manque d'infirmiers diplômés d'État avec cette spécialité (Ibode).

Enfin, le manque de lits d'aval, notamment en soins médicaux et de réadaptation (SMR) crée des tensions sur les capacités d'hospitalisation complète. L'absence de places en SMR allonge la durée d'hospitalisation, réduit le taux de rotation des patients et freine les capacités de prise en charge, notamment en médecine-chirurgie-obstétrique. Certains hôpitaux se sont organisés pour limiter les effets du manque de places aval. L'hôpital d'Argenteuil a créé une unité spécifique de 30 lits, rattachée au service des urgences, pour éviter de solliciter les services, traiter certains patients avant leur transfert et préparer au mieux leur sortie d'hospitalisation. En aval, une plateforme régionale péri-santé accompagne 3 000 sorties par an. Une commission des séjours longs s'attache à trouver des solutions de sortie dans les cas les plus difficiles.

2 - Une garantie de financement créée en 2020 à l'occasion de la crise sanitaire et prorogée en raison de la baisse d'activité

Instituée à titre temporaire en 2020, la garantie de financement a constitué un indispensable amortisseur de la baisse d'activité des établissements de santé en 2020. Avec sa prorogation, elle a coûté 9 Md€ à l'assurance maladie sur la période 2020-2022.

Graphique n° 6 : garantie de financement, versements 2020, 2021 et 2022 par catégories d'établissements (en M€)

Source : Cour des comptes d'après données sur la base des chiffres de l'ATIH et de la Cnam

Créée par une ordonnance du 25 mars 2020, prise en application de l'article 11 de la loi d'urgence du 23 mars 2020 pour faire face à l'épidémie de covid 19, la garantie de financement visait initialement à compenser les pertes de recettes liées à la baisse de l'activité de soins des établissements de santé publics et privés.

L'objectif était de garantir une évolution des ressources des établissements de santé conforme au protocole d'accord, conclu juste avant la crise sanitaire, entre l'État et les trois fédérations hospitalières³⁴. Il prévoyait une progression des dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé de 2,4 % par an pour la période 2020-2022. Alors que le protocole comportait une clause de révision « *en cas de changements majeurs susceptibles de modifier les paramètres fondamentaux de réforme de l'organisation des soins ou de pilotage de la dépense d'assurance maladie par l'Ondam* », la crise sanitaire n'a pas conduit à le réviser.

La garantie de financement a donc reposé sur deux principes : un plancher égal aux recettes de l'année 2019 et une majoration prenant en compte l'effet-prix. L'activité des établissements n'a été prise en compte que si elle conduisait à des recettes supérieures à ce plancher.

³⁴ Protocole d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé de 2020 à 2022 du 6 février 2020.

Modalités de calcul de la garantie de financement pour les hôpitaux publics en 2020

Selon l'arrêté du 6 mai 2020, la garantie de financement 2020 a été calculée par rapport aux recettes de 2019, majorées de 0,2 % pour l'hospitalisation complète et de 1,5 % pour l'hospitalisation à domicile, en conformité avec le protocole d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé.

Elle s'est appliquée à partir de mars 2020 à toutes les prises en charge : hospitalisations complètes et de jour, consultations externes, soins urgents. Elle couvrait la prise en charge des patients bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire, de l'aide médicale de l'État ainsi que celle des détenus.

En pratique, une dotation mensuelle correspondant à 10/12^{ème} des recettes 2019 majorées a été versée mensuellement aux hôpitaux publics. Des régularisations intermédiaires ont été réalisées en septembre, décembre 2020 et mars 2021, puis *ex-post* en mars 2022. Ces régularisations ont permis d'exclure de la garantie de financement les activités en croissance.

Au total, 97 % des hôpitaux publics, 79 % des Espic et 61 % des cliniques ont bénéficié de la garantie de financement pour les hospitalisations dans leurs services. Cette proportion a été beaucoup plus faible dans le champ de l'hospitalisation à domicile (HAD), qui a connu une forte croissance pendant la crise sanitaire. Le recours a été homogène sur tout le territoire, y compris dans les régions peu affectées par la crise sanitaire, comme la Bretagne, le Centre-Val de Loire ou les Pays de la Loire.

Les modalités du dispositif ont évolué en 2021 et en 2022³⁵.

En 2021, un coefficient résultant des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé³⁶, de l'ordre de 6,5 %, a été appliqué, alors qu'en 2020 les premières mesures salariales issues du Ségur de la santé avaient été compensées à l'euro près.

En 2022, seuls les établissements dont l'activité a continué de baisser ont bénéficié du dispositif. Ceux dont l'activité a augmenté, même sans retrouver le niveau de 2019, en ont été exclus pour en alléger le coût et préparer un retour progressif à une tarification à l'activité. En dépit de cela, le coût de la garantie de financement a augmenté de 250 M€ en 2022, ce qui souligne la faiblesse de la reprise d'activité, voire une accentuation de la baisse pour un nombre important d'établissements.

³⁵ Arrêtés des 13 avril 2021, 17 août 2021 et 22 janvier 2022.

³⁶ Le PLFSS 2023 (annexe 5 sur l'Ondam) estime ces mesures pour les établissements hospitaliers à 1,1 Md€ en 2020, 5,8 Md€ en 2021, 7,2 Md€ en 2022 et 7,6 Md€ en 2023.

En 2021, la garantie de financement a bénéficié à 81 % des hôpitaux publics, à 68 % des cliniques privées à but lucratif et à un peu plus de la moitié des Espic, dont l'activité a été portée par les centres de lutte contre le cancer (CLCC). En 2022, près de 78 % des hôpitaux publics en ont encore bénéficié.

Les instructions ministérielles relatives aux évolutions du dispositif ont été publiées tardivement, le 13 avril 2021 et le 24 août 2022. Ces délais ont laissé les établissements hospitaliers dans l'expectative pour la construction de leur budget. Ils n'ont pas pu programmer leurs recettes, ni piloter leurs charges en vue d'un objectif de résultat, au regard du degré trop élevé d'incertitude.

Pour 2023, la LFSS (article 44) a instauré un nouveau mécanisme, qualifié de « sécurisation modulée à l'activité » (SMA), dont les modalités ont été définies par arrêté³⁷. Il repose à 70 % sur le montant de garantie de financement versé en 2022 et à 30 % sur les recettes d'activité de l'année. Son périmètre se limite aux seules hospitalisations, hors consultations et autres actes.

La réflexion sur la sortie de la garantie de financement devra tenir compte de la baisse d'activité des hôpitaux publics et de leurs besoins pour assurer leurs missions de service public. Le maintien d'un financement fondé principalement sur l'activité doit toutefois permettre d'éviter de figer des rentes de situation déconnectées des évolutions d'activité³⁸.

III - Une situation financière désorganisée au sortir de la crise sanitaire

Depuis les réformes de 2004, le financement des hôpitaux publics, hors psychiatrie, est fondé principalement sur une tarification à l'activité, avec des aménagements pour des charges comme l'enseignement, la recherche et la veille sanitaire.

La crise sanitaire est venue fortement perturber ce modèle. Les hôpitaux sont soumis à un effet-ciseaux entre leurs charges, qui augmentent fortement, et des produits en grande partie liés à une activité qui n'a généralement pas retrouvé son niveau d'avant la crise sanitaire.

³⁷ Arrêté du 6 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

³⁸ Voir les récentes observations définitives de la Cour des comptes sur *la tarification à l'activité*, 28 juillet 2023.

Les mécanismes mis en œuvre pendant la crise sanitaire ont permis de compenser cet effet-ciseaux mais ils ne sauraient constituer un modèle alternatif à caractère pérenne. En outre, les contraintes affectant la disponibilité des ressources humaines, malgré des augmentations d'effectifs, obligent les hôpitaux publics à réduire leurs capacités d'accueil, ce qui vient diminuer encore leurs recettes.

A - Une hausse des charges pérennes liée notamment aux revalorisations du Ségur de la santé

Les charges d'exploitation du budget principal ont augmenté de 16,5 % (+ 11,9 Md€) entre 2018 et 2021.

Tableau n° 2 : charges d'exploitation - budget principal (en M€)

	2018	2019	2020	2021
Personnel médical	9 886	10 099	10 795	11 589
Personnel non-médical	31 524	31 803	34 214	36 720
Intérim	518	584	654	722
Impôts liés aux salaires	4 093	4 141	4 363	4 872
Autres charges de personnel	696	703	736	806
Total charges de personnel	46 717	47 329	50 761	54 709
Autres charges	20 408	20 990	21 754	23 853
Dotations amortissements / provisions	4 572	4 704	5 060	5 022
Charges d'exploitation	71 697	73 023	77 575	83 584

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

La progression des charges de personnel (+ 8 Md€ entre 2018 et 2021) a tenu principalement aux mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé destinées à renforcer l'attractivité des carrières hospitalières et, dans une moindre mesure, à l'augmentation des effectifs (cf. *infra*). La hausse de la masse salariale entre 2019 et 2021 (+ 15,6 %) a été très supérieure à celle de l'État (+ 2,5 %).

Une grande partie de la hausse des autres charges³⁹ (+ 3,4 Md€ de 2018 à 2021), liées à la crise sanitaire, a eu un caractère conjoncturel.

³⁹ Achats, variations de stocks de fournitures, matières et équipements, locations, charges d'entretien, impôts et taxes.

Les dotations aux amortissements et aux provisions, charges calculées qui ne se traduisent pas par des sorties de fonds, ont augmenté de 450 M€ entre 2018 et 2021, en raison notamment de la hausse des sommes versées aux comptes épargne-temps. Les reprises sur amortissement sont restées stables.

B - Une hausse des recettes qui a compensé jusqu'en 2021 celle des charges

Entre 2018 et 2021, les produits d'exploitation ont augmenté dans une mesure identique à celle des charges (+ 12 Md€). Cette augmentation des produits provient pour l'essentiel des activités tarifées de médecine-chirurgie-obstétrique. Elle provient également des dotations de missions d'intérêt général et accords de contractualisation (Migac) allouées pour la couverture des surcoûts de covid 19 et celle des premières revalorisations salariales issues du Ségur qui ont ensuite été intégrées dans les tarifs.

Les autres produits d'exploitation sont restés stables⁴⁰.

Tableau n° 3 : produits d'activité – Budget principal (en M€)

	2018	2019	2020	2021
MCO	36 741	37 768	38 699	42 936
Dotations annuelles de financement*	12 131	12 264	12 675	13 737
MIGAC	6 045	6 195	10 827	10 069
Produits d'activité par ass. maladie	54 917	56 226	62 201	66 742
Autres produits d'activité et d'exploitation	16 697	16 514	15 708	16 905

* Psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation, hôpitaux de proximité.

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

La compensation des revalorisations salariales du Ségur de la santé en 2021 (5,8 Md€), *via* les hausses tarifaires en MCO, est jugée insuffisante par les directeurs d'hôpital. La sous-compensation des revalorisations salariales dans les tarifs a ainsi été estimée à 14 % par le Grand hôpital de l'est francilien et à 20 % par les hôpitaux universitaires de Strasbourg. Cette sous-compensation a toutefois été masquée en 2021 par une surcompensation des surcoûts liés à l'épidémie de covid 19.

Le ministère de la santé considère que la compensation des revalorisations du Ségur a été réalisée sur des fondements équitables, mais qu'elle n'avait pas vocation à prendre en compte l'augmentation des effectifs des hôpitaux.

⁴⁰ Ventes et prestations de services, production stockée ou immobilisée, subventions d'exploitation, autres produits de gestion courante, reprises sur provisions.

C - Des pénuries d'effectifs pour certaines spécialités, malgré une hausse globale

La crise des ressources humaines des hôpitaux publics apparaît paradoxale, compte tenu de la progression des effectifs et de la baisse de l'activité hospitalière par rapport à 2018. Cette crise s'explique notamment par des difficultés de recrutement sur certains postes, par une hausse de l'absentéisme et par une progression du ratio soignant/soigné.

1 - Une hausse des effectifs du secteur hospitalier public qui concerne l'ensemble des emplois

Après avoir stagné sur la période de 2013 à 2018, les effectifs du secteur public hospitalier ont progressé de 2,7 % entre 2018 et 2021, dont 6,7 % pour le personnel médical, 1,4 % pour le personnel non médical soignant et 2,8 % pour le personnel administratif. Les effectifs infirmiers ont connu une moindre progression (+ 0,6 %), ce qui est cohérent avec les tensions de recrutement⁴¹.

L'incidence de cette augmentation des effectifs sur la masse salariale peut être estimée à 1,3 Md€ en 2021, sur le fondement du coût moyen 2018, avant prise en compte des revalorisations du Ségur de la santé.

Tableau n° 4 : effectifs des hôpitaux publics au 31 décembre*

	2013	2018	2021
Personnel médical	128 888	136 318	145 407
<i>dont médecins et assimilés</i>	88 788	90 877	95 476
<i>dont internes et FFI</i>	27 422	32 284	36 520
<i>dont sages-femmes</i>	12 678	13 157	13 411
Personnel non-médical soignant	645 100	638 606	647 446
<i>dont infirmiers</i>	257 978	263 105	264 711
<i>dont aides-soignants</i>	225 091	226 741	230 605
Personnel non-médical non-soignant	272 996	273 442	283 883
<i>dont filière administrative</i>	105 844	105 450	110 404
Total effectifs	1 046 984	1 048 366	1 076 736

* Effectifs présents au 31 décembre (y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des Armées.

Source : Drees, *Les établissements de santé, 2023 et 2013*

⁴¹ Drees, *Les établissements de santé* (annexe 5), 2022.

2 - Des contraintes de recrutement fortes, concentrées sur le personnel non-médical soignant

Les hôpitaux rencontrés, pour la plupart de grande taille, n'ont pas connu de difficultés de recrutement de personnel médical, sauf ponctuellement pour des spécialités comme les urgences, la gériatrie ou l'orthopédie.

Les difficultés se concentrent sur le personnel non-médical soignant, en particulier sur les infirmiers. Selon la conférence des directeurs généraux de CHU, elles concernent tout particulièrement les deux spécialités d'infirmiers de bloc opératoire (Ibode) et d'infirmiers anesthésistes (Iade). Ces infirmiers exercent principalement dans les blocs opératoires et assistent les chirurgiens et les médecins anesthésistes. Le CHU de Bordeaux estime que les tensions sur les effectifs d'Ibode sont à l'origine d'une contraction de l'activité opératoire de l'ordre de 5 %.

Un deuxième facteur de difficulté concerne les personnels qui travaillent la nuit et le week-end. La pénibilité des conditions de travail de nuit du personnel non-médical est étudiée par la littérature épidémiologique⁴².

Enfin, la hausse globale des effectifs de personnels soignants non médicaux recouvre des évolutions hétérogènes selon les établissements. En moyenne, ces effectifs ont augmenté de 1,8 % entre 2018 et 2021. Certains établissements subissent néanmoins une baisse de ces effectifs, comme l'AP-HP (- 4,5 %) liée à un manque d'attractivité (logement, transports).

3 - Un taux d'absentéisme du personnel non-médical soignant en augmentation

Selon l'ATIH⁴³, le taux d'absentéisme du personnel non-médical soignant est passé de 8 % en 2019 à 11 % en 2021. L'absentéisme au CHU de Bordeaux (pour les professionnels relevant du budget principal) est passé de 7,5 % en 2019 à 10,0 % en 2022, soit l'équivalent de 94 ETP infirmiers et 71 aides-soignants. À l'hôpital de Bastia, l'évolution est encore plus spectaculaire, avec un absentéisme passé de 9 % en 2019 à 15 % en 2022, soit 90 ETP pour cet établissement de taille moyenne.

⁴² *Compenser la pénibilité des horaires de travail*, in Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008.

⁴³ ATIH, *Analyse des bilans sociaux des établissements de santé en 2020*.

Les directeurs et présidents de commission médicale d'établissement (CME) des établissements rencontrés indiquent que cet absentéisme résulte, d'une part, de congés-maladie ordinaires liés aux épidémies (covid 19, grippe, bronchiolite des enfants), d'autre part, d'une lassitude après la forte sollicitation de la crise sanitaire, les réorganisations et un recours parfois excessif aux heures supplémentaires. Toutefois, au-delà d'une augmentation générale des taux d'absentéisme, les évolutions ne sont pas homogènes d'un hôpital à l'autre, ni même d'un service à l'autre dans un même hôpital.

4 - Une élévation des taux d'encadrement des patients

Un des enjeux relatifs au personnel non-médical soignant réside dans l'augmentation des ratios d'encadrement des patients. Ces ratios font l'objet d'une définition réglementaire pour les seuls services de réanimation⁴⁴. Pour les autres services, des ratios ne sont utilisés, à titre indicatif, que pour l'évaluation des projets d'investissement. Selon le document d'orientation du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) en 2019, un infirmier pour douze patients constituerait un ratio efficient. Aucun ratio n'était défini pour les aides-soignants et les autres professions non-médicales soignantes.

La conférence des directeurs généraux de CHU a constaté une augmentation de ces ratios qui tendraient vers un infirmier pour huit patients, niveau qui rejoint une revendication syndicale⁴⁵. Deux facteurs sont fréquemment cités pour expliquer cette évolution. D'une part, la crise sanitaire aurait conduit des directions à accepter tacitement des hausses de ratios d'encadrement afin d'améliorer les conditions de prise en charge des patients. D'autre part, l'accélération du virage ambulatoire conduirait à concentrer les patients les plus lourds sur l'hospitalisation complète.

Une telle évolution ne pèse pas sur la situation financière des hôpitaux publics tant qu'elle reste décorrélée de l'activité par la garantie de financement. Il conviendrait toutefois que les besoins soient mieux objectivés. Sans aller jusqu'à une réglementation généralisée des taux d'encadrement, dont le niveau souhaitable dépend des caractéristiques de la patientèle et des traitements suivis, des études pourraient évaluer les meilleures pratiques, en France et à l'étranger.

⁴⁴ Un infirmier pour cinq patients selon le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022.

⁴⁵ Revendications exprimées par les syndicats infirmiers, SNPI (Syndicat National des Professions Infirmiers) et FNI (Fédération Nationale des Infirmiers).

5 - L'adaptation par défaut de l'hôpital : une poursuite du virage ambulatoire et un recours coûteux aux heures supplémentaires et à l'intérim

Des hôpitaux ont vu dans le développement des soins en ambulatoire une réponse à leurs difficultés de recrutement en personnel non-médical soignant. Comme ces patients rentrent le soir à leur domicile, les besoins de personnel soignant de nuit sont, de ce fait, réduits. Toutefois, le virage ambulatoire nécessite une meilleure coordination des interventions entre l'hôpital et la médecine de ville, par la mise en place de parcours de soins de réadaptation ou de rééducation en dehors des services d'aigu et de plus en plus à domicile.

Par ailleurs, les hôpitaux publics se sont adaptés au manque d'effectifs en augmentant le volume d'heures supplémentaires et le recours à l'intérim.

Les dépenses pour heures supplémentaires ont été multipliées par 2,6 entre 2018 et 2021, passant de 209 M€ à 557 M€. Cette hausse est concentrée sur le personnel soignant non médical (+ 323 M€). Elles ont quasiment triplé à l'AP-HP et dans les CH, tandis qu'elles ont plus que doublé dans les CHU, les CHS et les hôpitaux de proximité.

Les dépenses d'intérim ont, quant à elles, augmenté de 40 % pour atteindre 720 M€ en 2021. Elles ont triplé à l'AP-HP. Dans les CHU rencontrés, l'intérim restait concentré sur le personnel non-médical soignant pour des missions courtes de remplacement et sur le personnel médical pour les urgences et certaines spécialités (gériatrie, anesthésie, imagerie médicale). L'AP-HP a dû mettre en place des missions longues d'infirmiers pour stabiliser ses effectifs. À l'hôpital de Bastia, l'intérim représentait, toutes professions confondues, l'équivalent de 29 ETP en 2022, contre 16 ETP en 2019. L'application des dispositions de la loi dite Rist du 26 avril 2021 sur le plafonnement des rémunérations des intérimaires des établissements de santé (article 33), effective depuis avril 2023, vise à mieux encadrer les dérives.

Indépendamment de la question du plafond réglementaire de rémunération des personnels médicaux intérimaires, le contrôle des dispositifs d'heures supplémentaires et d'intérim peut s'avérer insuffisant, comme l'a souligné par exemple la chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur à propos de l'AP-HM⁴⁶.

⁴⁶ Contrôle des états d'heures supplémentaires *a posteriori* et par sondages, absence de contrôle de la règle de non cumul d'activité pour les intérimaires, etc. *Rapport d'observations définitives sur l'AP-HM, exercices 2016 et suivants*, 22 juin 2022.

CONCLUSION

La garantie de financement a permis en 2020, 2021 et 2022 de maintenir le niveau des recettes versées par l'assurance maladie, malgré la forte chute d'activité constatée en 2020 et la faible reprise depuis lors. Le dispositif a vocation toutefois à rester transitoire dans l'attente désormais de la réforme de la tarification à l'activité.

Le niveau de perte sans précédent des hôpitaux publics en 2022, malgré la hausse de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les établissements de santé appelle la recherche de mesures d'efficience.

Pour l'avenir, un meilleur pilotage des ressources humaines est à rechercher au plan national, compte tenu des pénuries locales de personnels et malgré la hausse générale des effectifs. Il devra intégrer les conséquences de l'évolution d'activité qui n'a pas retrouvé en 2022 son niveau de 2019. Il devra aussi prendre en compte l'hétérogénéité des situations financières.

Les autres dispositifs de soutien financier mis en place pendant la crise sanitaire ont procuré un appui majeur aux hôpitaux publics. La Cour déplore toutefois l'absence de tout contrôle, au regard de l'importance des montants versés et des modalités évolutives de calcul de ces montants. L'urgence de la réponse à la crise sanitaire ne justifie pas l'absence de contrôle a posteriori du versement à bon droit des aides aux établissements de santé.

Chapitre II

Un dispositif de restauration des capacités financières au ciblage et aux contreparties insuffisantes

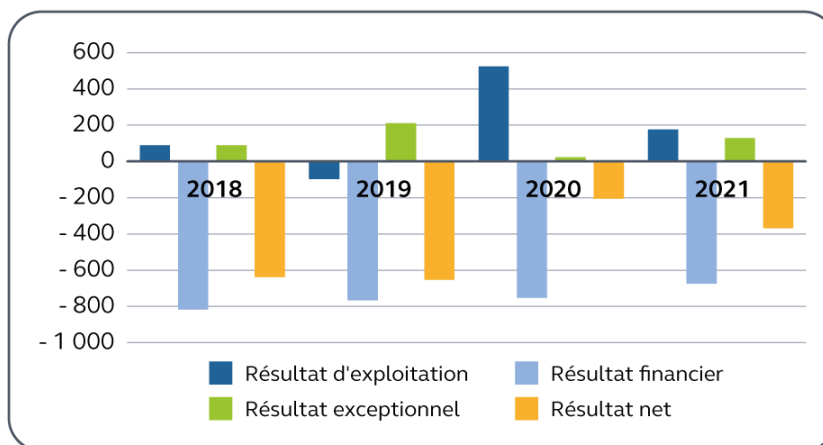
L'endettement trop élevé d'une proportion importante des hôpitaux publics a conduit, dès avant la crise sanitaire, à l'annonce d'un plan ambitieux de restauration de leurs capacités financières. Ses modalités de mise en œuvre ont évolué pour en assurer la compatibilité avec le droit communautaire et pour compléter l'objectif de retour aux équilibres financiers par une relance de l'investissement. Les montants alloués ont été insuffisamment ciblés et n'ont pas fait l'objet de réelles contreparties de la part des hôpitaux qui en ont bénéficié.

I - Une activité qui ne permet pas de payer les intérêts d'emprunts ni d'investir sans excès d'endettement

A - Un résultat d'exploitation insuffisamment excédentaire pour absorber la charge des intérêts de la dette financière

Le résultat d'exploitation et le résultat exceptionnel⁴⁷ sont restés trop faibles pour couvrir le résultat financier négatif (- 752 M€ par an en moyenne sur 2018-2021) qui retrace la charge d'intérêt des emprunts. Dans ces conditions, l'activité hospitalière a enregistré un résultat net structurellement déficitaire sur la période 2018-2021 (- 466 M€ par an en moyenne pour le budget principal).

Graphique n° 7 : détail du résultat net des hôpitaux publics Budget principal (en M€)*



* Y compris les produits exceptionnels de dons d'équipements comptabilisés à leur valeur vénale (de l'ordre de 300 M€ en 2020 et de 20 M€ en 2021).

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

⁴⁷ Il enregistre les cessions immobilières, les émissions et annulations de titres et de mandats sur exercices antérieurs et des charges et produits à caractère exceptionnel.

La dette des hôpitaux publics a triplé entre 2007 et 2012 sous l'effet principalement de deux plans successifs de relance de l'investissement hospitalier (Hôpital 2007 et Hôpital 2012) pour atteindre 29,3 Md€ en 2012. Elle s'est ensuite stabilisée à un niveau élevé de 31,1 Md€ en 2021.

Le taux d'intérêt apparent de la dette⁴⁸ a diminué progressivement, passant de 2,47 % en 2018 à 2,02 % en 2021. Il est hétérogène d'un hôpital à l'autre, selon la date de souscription des emprunts et les conditions obtenues⁴⁹. Il est en tout état de cause supérieur de 1,1 % à celui des administrations publiques (chiffres 2020), ce qui a conduit une mission IGF-IGAS à recommander d'apporter aux hôpitaux une expertise qui pourrait être confiée à l'Anap⁵⁰. Cette préconisation paraît particulièrement justifiée dans le contexte de remontée des taux d'intérêt observée depuis 2022.

B - Une capacité d'autofinancement souvent insuffisante pour financer les investissements sans excès d'endettement

En 2021, 12 % des hôpitaux présentaient une capacité d'autofinancement (CAF) brute négative (97 hôpitaux pour -157 M€ en cumul), ce qui les contraignait à devoir emprunter pour rembourser leurs échéances d'emprunts⁵¹.

La même année, près du tiers des hôpitaux publics (31 %) enregistraient une CAF nette négative (255 hôpitaux pour un cumul de - 816 M€), et n'étaient donc pas en mesure d'investir sans augmenter leur endettement.

Sur la période 2018-2021, la CAF nette des budgets globaux rapportée aux produits est restée très en deçà de l'objectif de 3 % jugés nécessaires pour financer l'investissement courant des hôpitaux. Tout au plus a-t-elle atteint 1,8 % en 2020.

⁴⁸ En comptabilité, le taux apparent d'endettement se calcule en divisant le montant des frais financiers par celui des dettes financières.

⁴⁹ 1,66 % à l'AP-HP et 2,93 % aux hôpitaux universitaires de Strasbourg.

⁵⁰ *Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé*, rapport IGF-Igas, janvier 2022.

⁵¹ *Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise*, IGF-IGAS, avril 2020.

CAF brute et CAF nette

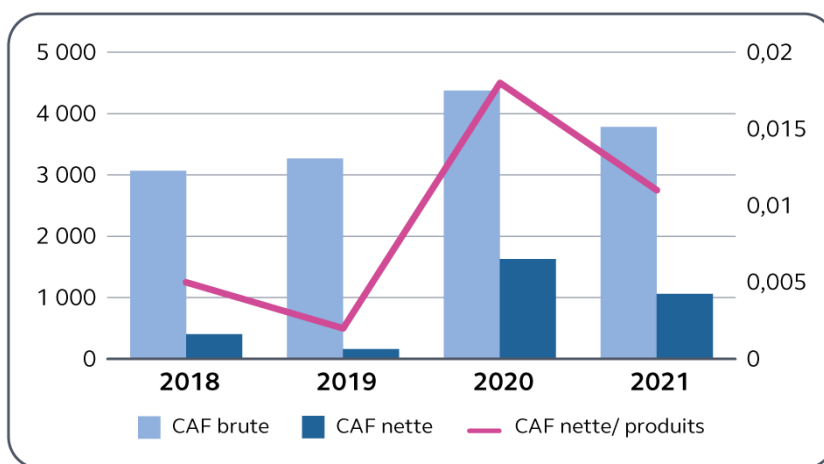
La capacité d'autofinancement (CAF) est le solde des produits et des charges qui donnent lieu à des entrées et des sorties de fond, en excluant les dotations aux amortissements et aux provisions et les reprises sur ces dotations. Elle détermine les montants disponibles pour rembourser les emprunts et pour investir.

La CAF nette prend également en compte le remboursement des annuités d'emprunt. Elle correspond au montant disponible pour investir sans augmenter l'endettement.

$$\text{CAF nette} = \text{CAF brute} - \text{remboursements en capital.}$$

Le conseil scientifique de l'investissement en santé (Csis), mis en place dans le cadre du Ségur de la santé, a conservé l'objectif d'une CAF nette d'au moins 3 % des produits. Ce seuil correspond au minimum d'investissement courant recommandé pour assurer un « *correct renouvellement des équipements et éviter une dégradation majeure des immobilisations* ».

**Graphique n° 8 : capacité d'autofinancement des hôpitaux
Budget global (en M€)**



Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

La situation des CHU est globalement meilleure que celle des centres hospitaliers généraux et hôpitaux de proximité. Seuls 8 % des CHU hors AP-HP présentaient une CAF nette négative en 2021 pour un cumul de - 159 M€ et seul le CHU de Nice enregistrait une CAF brute négative.

Pour l'AP-HP, la CAF brute est restée stable, un peu en-deçà de 200 M€, et la CAF nette légèrement positive. Cependant, compte tenu d'un encours de dette en forte croissance, la durée apparente de remboursement⁵² est passée de 13 à 16 ans entre 2018-2019 et 2020-2021.

Plus du tiers (34 %) des 696 centres hospitaliers généraux et hôpitaux locaux de proximité ont enregistré une CAF nette négative pour un cumul de 638 M€ et 13 % une CAF brute négative pour un cumul de 137 M€.

Enfin, seuls 8 % des 87 centres psychiatriques spécialisés, structurellement moins endettés que les centres hospitaliers, avaient une CAF nette négative.

Une CAF brute en forte contraction en 2022

La CAF brute cumulée des hôpitaux publics régresse à 2,8 Md€ en 2022, contre 3,7 Md€ en 2021. Surtout, la part des hôpitaux qui enregistrent une CAF brute négative, et se trouvent contraints d'emprunter pour rembourser leurs échéances d'emprunts, passe de 12 % en 2021 à 25 % en 2022 (206 hôpitaux).

II - Une situation d'endettement toujours préoccupante

L'encours de la dette des hôpitaux publics s'est stabilisé à un niveau élevé depuis 2012. Avec l'augmentation des recettes et la mise en œuvre en 2021 du programme de restauration des capacités financières, le nombre d'établissements surendettés a décru. Il reste toutefois toujours élevé et l'évolution est préoccupante pour de nombreux établissements.

A - Un endettement stabilisé mais à un haut niveau

Fin 2021, l'encours de la dette des hôpitaux publics s'élevait à 30,2 Md€⁵³, assez stable en valeur absolue par rapport au niveau atteint en 2012 (29,3 Md€). Un tel niveau d'endettement fait exception parmi les établissements publics de l'État. En 2021, la dette des hôpitaux représentait 33 % de leurs produits, celle des 486 opérateurs de l'État seulement 10 %⁵⁴.

⁵² Nombre d'années nécessaires au remboursement si la CAF n'est consacrée qu'à cela.

⁵³ Dette retraitée des emprunts à court-terme des CHU de Rennes, Brest et Nancy, affectés au compte spécial du Trésor.

⁵⁴ Chiffre 2019, Cour des comptes, *Les relations entre l'État et ses opérateurs*, 2021.

En outre, cet encours ne comprend pas la dette souscrite par les syndicats inter-hospitaliers, les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT), dans le cadre desquels les hôpitaux mutualisent une partie de leurs moyens. Cette dette pourrait représenter 1 à 2 % de l'encours total de la dette hospitalière⁵⁵, voire plus. En extrapolant les données financières les plus récentes de quatre départements (Ardennes, Charente-Maritime, Loire et Somme), la Cour estime cette dette à un montant de 1,5 à 2 Md€, soit 5 à 6 % de l'encours total.

Les emprunts structurés⁵⁶ considérés comme toxiques ont été ramenés en 2018 à 1,3 % de l'encours de dette, auxquels s'ajoutaient d'autres emprunts structurés à risque élevé pour 2,5 % de l'encours de dette. Dans son rapport public annuel de 2018⁵⁷, la Cour avait relevé des progrès dans la maîtrise des risques liés à cette dette : renforcement des procédures et outils de décision de nouveaux investissements après avoir tiré les conséquences des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012⁵⁸, interdiction du recours aux emprunts structurés et aux partenariats public-privé (PPP) et renforcement du suivi de la situation des établissements surendettés.

B - Une dette plutôt concentrée, en lente diminution pour une majorité d'hôpitaux

L'encours de l'endettement financier est concentré : un tiers est porté par 14 hôpitaux seulement, un deuxième tiers par 76 hôpitaux et le troisième tiers par 713 hôpitaux. Une majorité d'hôpitaux publics a engagé un processus de désendettement : 626 hôpitaux ont stabilisé ou diminué leur encours de dette, passé de 21,8 Md€ fin 2018 à 18,7 Md€ fin 2021. De manière concomitante, ces hôpitaux ont investi 8 Md€ sur la période.

À l'inverse, 177 hôpitaux ont vu leur endettement augmenter de 8,6 Md€ fin 2018 à 11,4 Md€ fin 2021. Leur investissement sur la période, soit 7,8 Md€, est équivalent à ceux de la première catégorie.

⁵⁵ Selon un rapport IGF-Igas, *Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise*, avril 2020.

⁵⁶ Emprunts assortissant une bonification initiale des taux d'intérêt d'un risque ultérieur d'accroissement important des charges financières.

⁵⁷ Cour des comptes, *La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir*, in *Rapport public annuel tome II chapitre 6*, février 2018.

⁵⁸ Notamment, création en 2013 du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) pour valider les projets d'investissement et accompagnement des établissements par l'Anap depuis 2009.

La soutenabilité financière de l'endettement des hôpitaux s'est, en conséquence, globalement améliorée sur la période 2018-2021.

Quand un hôpital public est-il surendetté ?

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique définit trois indicateurs de niveau excessif d'endettement pour les hôpitaux publics :

- ratio d'indépendance financière : encours de dette à long terme > 50 % des capitaux permanents constitués des fonds propres et des provisions pour risque et charges ;
- taux d'endettement qui reflète la soutenabilité de la dette : encours de la dette > 30 % des produits ;
- durée apparente de remboursement de la dette, soit le montant de la dette divisée par la capacité d'autofinancement : > dix ans.

Sont considérés comme surendettés les hôpitaux qui cumulent deux de ces trois critères. Le recours à l'emprunt pour une durée supérieure à douze mois doit alors être autorisé par le directeur général de l'ARS, après avis du directeur régional des finances publiques.

Pour l'ensemble des hôpitaux publics, la durée de remboursement de la dette est restée constamment sous le plafond réglementaire de dix ans et a même diminué entre fin 2018 et fin 2021. En 2021, le ratio d'indépendance financière est passé sous le plafond réglementaire de 50 % grâce à la mesure de restauration des capacités financières (cf. *infra*). Entre 2018 et 2021, le nombre d'hôpitaux considérés comme surendettés s'est réduit, passant de 356 à 246.

Tableau n° 5 : situation des hôpitaux au vu des critères de surendettement – Budget global

	2018	2019	2020	2021
Ratio d'indépendance financière	52 %	52 %	51 %	47 %
Taux d'endettement	38 %	36 %	34 %	33 %
Durée de remboursement (années)	9,9	9,2	6,8	8,2
Nombre d'hôpitaux surendettés	356 42,7 %	346 41,6 %	275¹ 33,7 %	246 30,3 %

Source : comptes financiers des hôpitaux, calcul des ratios et du nombre d'hôpitaux surendettés par la Cour des comptes

Ces évolutions favorables doivent toutefois être relativisées. D'une part, un peu plus de 30 % des établissements restent surendettés à fin 2021.

D'autre part, la baisse du taux d'endettement (de 38 % en 2018 à 33 % en 2021) résulte d'une forte augmentation des produits (+ 16 %) destinés à couvrir des charges permanentes (revalorisations salariales du Ségur de la santé) ou ponctuelles (covid 19) des hôpitaux et qui altère la signification de l'évolution de ce ratio.

Une inversion de tendance du nombre des hôpitaux surendettés en 2022

La dette hospitalière s'élève à 30,4 Md€ fin 2022 après retraitement de la dette portée par les CHU de Rennes et de Brest en contrepartie de leurs placements de court-terme, en augmentation de 220 M€ par rapport à 2021.

Cette augmentation est constatée malgré le dispositif de restauration des capacités financières du Ségur de la santé, soit 650 M€ d'aides en capital versées en 2022, après 1,4 Md€ en 2021 (sur 6,5 Md€ d'ici à 2029).

Elle recouvre une baisse de la dette de chaque catégorie d'établissements, mais une hausse de celle de l'AP-HP (+ 319 M€) et des CHU (+ 379 M€ après retraitement des placements de court-terme).

Un tiers de cet endettement est concentré sur 15 établissements. L'AP-HP, dont l'endettement a augmenté de 300 M€ en 2022, supporte 11 % de l'encours.

Le nombre d'hôpitaux surendettés s'établit à 298 en 2022, en hausse de 52 par rapport à 2021. Cette forte augmentation résulte de la dégradation de la capacité d'autofinancement et donc de la moindre capacité de nombre d'établissements en 2022 à rembourser leurs dettes et à dégager des moyens suffisants pour investir.

III - Un dispositif d'aide au désendettement moins ambitieux que prévu et devenu ambigu

L'annonce d'un plan d'urgence visant à restaurer les capacités financières de l'hôpital public est antérieure à la crise sanitaire. Le périmètre concerné, les montants alloués et les objectifs poursuivis ont varié et sont devenus ambigus, notamment au regard du droit communautaire, entre désendettement et reconstitution d'une capacité d'investissement.

A - Une enveloppe réduite de moitié sur un champ étendu à l'ensemble des établissements du service public hospitalier

Le 20 novembre 2019, avant même la crise sanitaire, le Premier ministre a annoncé un plan d'urgence pour les hôpitaux publics visant à restaurer leurs capacités financières. La caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) devait leur apporter un concours à hauteur d'un tiers du montant de leur endettement, soit 10 Md€, sur trois années à partir de 2020.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a traduit cet engagement en prévoyant un financement par la Cades de 13 Md€ (soit les 10 Md€ annoncés, majorés des intérêts) pour « *la couverture (...) des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019* ». Le champ des établissements a été élargi aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) participant au service public hospitalier et pratiquant des tarifs identiques à ceux des hôpitaux publics.

Ces concours financiers n'ont pas été intégrés à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Le montant initial a ensuite été réduit de moitié, passant de 13 à 6,5 Md€⁵⁹, l'autre moitié étant consacrée au financement d'un nouveau plan de relance de l'investissement hospitalier (cf. chapitre III *infra*). L'utilisation de l'enveloppe a en outre été restreinte à la seule couverture du remboursement du capital emprunté, à l'exclusion du règlement des intérêts.

L'article 50 de la LFSS pour 2021 a défini les modalités de versement des dotations de la Cades aux établissements. Le versement a été subordonné à la conclusion d'un contrat entre l'établissement de santé et l'ARS avant le 31 décembre 2021. Conclu pour dix ans, ce contrat doit prévoir notamment le montant de la dotation, l'échéancier des versements annuels, les engagements pris par l'établissement en contrepartie, les modalités d'évaluation, de contrôle et éventuellement de reprise des financements.

Les établissements ont comptabilisé les dotations dans leur bilan en une seule fois, indépendamment du calendrier des versements qui s'échelonnent dans le temps. Ne constituant pas des produits, les dotations n'ont pas eu d'incidence sur le résultat des établissements. Elles n'ont pas diminué directement les dettes des établissements qui continuent à être remboursées (et les intérêts réglés) selon les modalités prévues par les différents emprunts contractés. Elles constituent une ressource en capital qui permet d'éviter le renouvellement des emprunts arrivés à terme ou de financer de nouveaux investissements sans avoir à effectuer de nouvel emprunt.

⁵⁹ Circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé, dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

Les effets de ces dotations sur la situation financière des établissements de santé se renforcent avec le temps. Dès la signature du contrat avec l'ARS en 2021, la totalité des dotations à recevoir a augmenté les capitaux propres de l'établissement concerné. Le ratio d'indépendance financière en a été immédiatement amélioré. Au fur et à mesure des versements effectifs (donc en règle générale sur la période allant de 2021 à 2029), le taux d'encours de la dette et la durée apparente de remboursement de la dette doivent s'améliorer progressivement, sous réserve que parallèlement, le résultat d'exploitation ne se dégrade pas et que le besoin d'investissement n'augmente pas.

B - Un objet redéfini au prix d'une ambiguïté de l'objectif poursuivi

L'article 106 paragraphe 2 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) a soumis les entreprises chargées de la gestion d'un service d'intérêt économique et général (SIEG), dont les établissements de santé publics et privés, aux règles de concurrence des traités. Du point de vue du droit communautaire, les dotations financées par la Cades en application de l'article 50 sont donc des aides d'État. Pour qu'elles puissent être dispensées de l'obligation préalable de notification – et d'autorisation – au profit d'une simple information de la Commission européenne, elles doivent respecter des conditions précises : en particulier, le contrat signé entre l'ARS et l'établissement de santé doit préciser les charges d'intérêt général que l'aide a vocation à compenser, auxquelles la dotation attribuée doit être strictement proportionnelle ; un mécanisme de contrôle doit permettre la récupération des financements accordés en cas de surcompensation.

La définition initiale de la mesure comme un mécanisme de refinancement d'échéances de dettes, et non comme une compensation de charges rattachables à une mission d'intérêt général, apparaissait donc fragile au regard du droit communautaire et de nature à entraîner une obligation de notification préalable au titre des aides d'État⁶⁰.

En conséquence, l'article 50 de la LFSS pour 2021 précité a modifié les dispositions de la loi du 7 août 2020. Alors que cette dernière avait élargi l'objet des missions de la Cades à « *la couverture de dotations [de la branche maladie de la sécurité sociale] couvrant une partie (...) des échéances des emprunts contractés* », l'article 50 a redéfini cet objet en « *un soutien exceptionnel (...) au titre du désendettement pour favoriser*

⁶⁰ Cf. mémorandum juridique de la DGOS au cabinet du ministre du 17 septembre 2020.

les investissements ». Ce soutien a pris la forme d'une dotation annuelle destinée à « *concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci* ». Ainsi, la réduction de l'encours de dette n'apparaît plus comme l'objectif final mais comme un objectif intermédiaire, permettant de dimensionner le besoin de compensation nécessaire à l'exercice des missions des établissements concernés, notamment pour leur investissement courant.

Tout en confortant la compatibilité du soutien financier avec le droit communautaire, les dispositions de l'article 50 ont fait dès lors apparaître une ambiguïté quant à ses effets attendus : s'agit-il de permettre aux établissements les plus endettés de revenir à une situation financière plus équilibrée ou bien d'accroître leurs investissements sans alourdir encore leur endettement ?

Cette ambiguïté ressort dans la circulaire de la DGOS et de la DSS du 21 juillet 2021. D'une part, elle affirme que ces dotations « *répond[ent] à un enjeu d'amélioration des situations bilancielle des établissements* », mais elle ajoute immédiatement que « *pour les établissements qui, faute de ressources suffisantes, n'auraient pas inscrit dans leur trajectoire une amélioration du niveau d'investissement courant, [elles] peuvent toutefois exceptionnellement contribuer à sa mise à niveau* », ce qui dénote une utilisation différente de ces fonds.

Le Sénat s'est interrogé sur le sens de « *cette mesure de reprise de dette hospitalière, présentée tantôt comme un soutien à la solvabilité, tantôt comme un levier d'investissement courant* »⁶¹.

Cette ambiguïté s'est manifestée également dans les directives données aux ARS sur les contreparties à demander aux établissements bénéficiaires afin de s'assurer que les fonds reçus ne soient pas utilisés pour se réendetter.

La circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 prévoyait de façon claire « *de fixer à chaque établissement bénéficiaire une trajectoire de désendettement afin que les ressources allouées atteignent effectivement leur but et ne soient pas consacrées au financement de nouveaux investissements générant à leur tour de la dette* ». Le modèle de contrat à conclure entre les ARS et les établissements de santé, établi par un arrêté du 27 juillet 2021, est toutefois apparu beaucoup moins contraignant. La définition d'une trajectoire de désendettement n'a plus été une condition

⁶¹ Rapport du Sénat au nom de la commission des affaires sociales sur les propositions de loi organique et de loi relatives aux LFSS, par M. Vanlerenberghe, sénateur, n° 825 du 15 septembre 2021.

impérative de versement des aides, celles-ci devant viser au mieux à « *assurer la maîtrise de l'endettement en évitant un recours excessif à la dette, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement* », formulation souple qui ne garantit aucunement une réduction effective de l'endettement.

Les finalités du suivi sont apparues également ambiguës. Il s'agit de suivre un ensemble d'indicateurs qui ne se fondent pas seulement sur « *les ratios d'analyse financière* », mais aussi sur « *les marges financières nécessaires à l'investissement* ».

En définitive, les évolutions du dispositif lui ont fait perdre sa cohérence. Son objectif initial était de placer les établissements les plus fragiles sur une trajectoire de désendettement, de réduire la charge de leur dette et d'améliorer leur résultat financier. Le maintien d'une capacité minimale d'investissement pendant la mise en œuvre du programme n'en était qu'une condition de mise en œuvre. La reformulation de l'objectif a eu pour effet de rendre plus difficile la détermination et la mise en œuvre des actions de rétablissement du cycle d'exploitation.

IV - Des aides mal ciblées et sans contreparties suffisantes des établissements bénéficiaires

Les règles de répartition entre établissements de santé de l'enveloppe de 6,5 Md€ d'aide à la restauration des capacités financières apparaissent critiquables. L'octroi d'aides au plus grand nombre a été privilégié par rapport à une concentration sur les établissements les plus en difficulté. Le financement *via* deux enveloppes distinctes, l'une gérée par la DGOS et l'autre par les ARS, a donné lieu à des biais importants et à une répartition des aides non-homogène sur le territoire, parfois non-conforme à leur objet. Ces aides, dont la répartition entre les hôpitaux a été arbitrée dans des délais resserrés, n'ont que rarement donné lieu à des contreparties contractuellement définies qui auraient permis de s'assurer du désendettement.

A - Des aides qui ont bénéficié à un grand nombre d'établissements, pour des montants limités

L'enveloppe de 6,5 Md€ a été répartie entre les ARS en fonction de trois critères, les taux d'endettement des établissements, leur capacité d'autofinancement et la population des régions. Les principales ARS bénéficiaires ont été Auvergne-RhôneAlpes (14 %), Île-de-France (13 %), Grand-Est (13 %) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (11 %).

Les aides ont été ensuite allouées à un grand nombre d'hôpitaux publics : 78,5 % en ont bénéficié, dont 90,6 % des CHU, 87,3 % des centres hospitaliers, 72,6 % des hôpitaux locaux et de proximité et 59,6 % des hôpitaux psychiatriques qui, ayant moins investi, du fait de la nature de leur activité, sont moins endettés. 334 établissements de santé privés ont aussi été destinataire d'une aide, soit moins de 30 %, leur situation financière étant généralement plus saine.

Les aides allouées aux hôpitaux publics ont atteint 6 Md€ sur les 6,5 Md€ distribués. Cela équivaut à 20 % de l'encours de leur dette financière en 2021. Si on en retire les hôpitaux dont la situation financière a été jugée suffisamment saine pour ne pas bénéficier de l'enveloppe, ce ratio s'élève à 22 %.

Les aides ayant été réparties entre un grand nombre d'établissements sont de ce fait peu concentrées. Pour 40 % des hôpitaux publics, elles ont représenté moins de 20 % de leur dette, pour 40 % entre 20 % et 30 % et pour seulement 20 %, plus de 30 % de leur dette.

B - Des aides allouées selon des principes critiquables et hétérogènes

1 - Des règles d'allocation de la dotation qui ne permettent pas la prise en charge des situations les plus difficiles

L'enveloppe de 6,5 Md€ était pré-fléchée à 80 % (5,2 Md€), établissement par établissement, selon des règles établies par le ministère de la santé. Les 20 % restant (1,3 Md€) étaient à répartir par les ARS « *afin de tenir compte de situations spécifiques* ».

La répartition de la tranche pré-fléchée a été déterminée en fonction de deux critères : le niveau d'endettement des établissements (à 80 %) et leur capacité à rembourser leur dette (à 20 %). La dotation de chaque établissement était calculée, à partir des comptes 2018, par un algorithme visant à rapprocher le plus possible les établissements de seuils d'endettement maximaux et de seuils de capacité de remboursement minimaux, dans la limite du montant de l'enveloppe totale.

Un calcul homogène des dotations pré-fléchées aux établissements

- Critère encours (données 2018) : pour les établissements dont le taux d'endettement dépasse 30 %, l'aide est calculée pour ramener ce taux au plus près de 30 %, avec un plafonnement du montant à un tiers de l'encours de dette et dans la limite de l'enveloppe globale.
- Critère CAF nette (données 2018) : pour les établissements dont le taux de CAF nette est inférieur à 1 %, l'aide est calculée pour ramener ce taux au plus près de 1 % dans la limite de l'enveloppe totale.

La règle de pondération de l'algorithme a privilégié l'objectif d'amélioration du bilan par rapport à celui de la capacité à rembourser la dette. Cette règle a favorisé, de fait, les établissements endettés mais présentant des comptes équilibrés ou excédentaires, notamment les CHU hors AP-HP, par rapport aux hôpitaux structurellement en difficulté du fait d'une activité déclinante, situation qui concerne plus fréquemment des hôpitaux de petite et moyenne taille. Ainsi, 891 M€, soit 14 % de l'enveloppe ont été alloués à des hôpitaux à même de rembourser leur endettement financier sans aide, compte tenu d'une CAF nette dépassant 3 % de leurs produits totaux consolidés. Par exemple, le CHU d'Orléans a bénéficié d'une aide de 93 M€ (21 % de son encours), malgré un taux de CAF de 4,9 %. Son endettement atteignait 80 % des produits en 2020 mais ce ratio aurait, sans aide financière, diminué d'une vingtaine de millions par an, ce que l'algorithme n'a pas pris en compte.

La règle de calcul était aussi affectée par des biais importants, soulignés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine⁶².

Le premier était lié au mode de calcul de la dette, fondé sur la dette brute. Les établissements hospitaliers ayant des Ehpad rattachés ont ainsi été avantagés car les prix de journées hébergement de ces établissements couvraient le remboursement de leurs dettes. De même, certains hôpitaux avaient bénéficié d'aides à l'investissement en dotations de missions d'intérêt général et d'accords de contractualisation (Migac) venant réduire le montant net de leurs emprunts⁶³. Enfin, certains établissements disposaient d'importants montants de trésorerie dormante, non pris en compte dans le calcul⁶⁴.

⁶² Note sur la mesure article 50 « *restauration des marges* » du 10 mai 2021.

⁶³ Cela concernait notamment, dans la région Nouvelle-Aquitaine, les CH de Château Rauzé, Rochefort, ou de la Côte Basque.

⁶⁴ En Nouvelle-Aquitaine, le CH de Mauléon (64) disposait d'une trésorerie de 9,7 M€ pour des dettes de 14,1 M€, l'USLD de Podensac avait autant de trésorerie que de dettes et l'Ugecam Tour de Gassies avait une trésorerie de 4,6 M€.

Le deuxième biais était lié à la prise en compte, pour l'indicateur de la capacité de remboursement, du niveau de la CAF nette pour la seule année 2018, qui pouvait avoir été réduite par une charge exceptionnelle⁶⁵, par un remboursement anticipé d'emprunt ou, *a contrario*, améliorée par un produit constaté d'avance.

En outre, ne considérer qu'un exercice donné ne permettait pas de rendre compte de la situation d'établissements dont la situation financière peut rapidement évoluer. Ainsi, le CHU de Rennes n'a reçu aucune dotation pré-fléchée en raison de la qualité de ses indicateurs d'endettement de 2018. Or, ces derniers se sont brutalement dégradés après le lancement d'investissements importants, avec un endettement financier qui est passé de 191 M€ en 2019 à 535 M€ en 2021. Comme la rentabilité s'est parallèlement affaïssée, les indicateurs de surendettement se sont dégradés d'autant. Pour l'AP-HP, compte tenu de son taux d'endettement (32 %) et de CAF nette (0,5 %) proches des seuils de référence en 2018, la dotation calculée a été limitée à 131 M€, soit 5,4 % de l'encours de dette. L'ARS l'a portée à 200 M€ mais, même à ce niveau, elle apparaît sans commune mesure avec l'évolution de l'encours de dette qui a augmenté de près de 670 M€ entre 2018 et 2021, notamment pour financer des projets jugés indispensables au regard de la vétusté bâtementaire. Toutes choses égales par ailleurs, et avant de potentielles mesures d'économies et de limitation d'investissements, il aurait fallu une dotation de 880 M€ au lieu de 200 M€ pour que le ratio d'indépendance financière de l'AP-HP reste en 2021 au niveau de 2018.

Un troisième biais est lié au caractère dégradé de la situation financière de certains établissements malgré des taux d'endettement en apparence maîtrisés. L'hôpital de Bastia a ainsi été doté de 6,4 M€ sur le seul fondement du deuxième critère d'une capacité d'autofinancement négative de 3 M€ en 2018. Son taux d'endettement financier s'élevait à 23 % en 2018, niveau inférieur au seuil de 30 %. Or, ce faible taux d'endettement était lié au refus des banques de lui accorder des prêts au regard de l'importance de ses déficits d'exploitation. En manque de trésorerie, l'hôpital a augmenté très fortement sa dette à court-terme (plus du double de sa dette financière) en arrêtant de payer la taxe sur les salaires (soit un arriéré de dette fiscale de 21,8 M€ fin 2021) et en retardant le règlement de ses fournisseurs. Selon un état établi pour les besoins de l'enquête, l'encours des dettes fournisseurs, déjà important fin 2019, a atteint 52 M€, fin janvier 2023, dont 12,3 M€ à plus de 13 mois. L'hôpital de Bastia est de ce fait régulièrement menacé de ruptures d'approvisionnement, par exemple en oxygène pour la réanimation des patients atteints par l'épidémie de covid 19 ou en couches et en alèses, en janvier 2023. Son fournisseur de matériel de chimiothérapie ne le livre qu'après le règlement effectif de la facture sur la dernière livraison, etc.

⁶⁵ Incidence des contrôles des Urssaf sur les prélèvements sociaux déclarés ou de l'assurance maladie sur l'application de la T2A, reprise de provision pour gros entretien, intérim médical.

La Cour a recensé vingt autres établissements dont les ratios d'indépendance financière restent supérieurs ou égaux à 60 % après l'opération de restauration des capacités financières et dont la capacité d'autofinancement était négative en 2021. Les plus importants par leur chiffre d'affaires sont le CHU de Nice et les CH d'Ajaccio, d'Alençon, de Sarreguemines et de Lannion. Le CHU de Nice et le CH d'Ajaccio ont été dotés à hauteur respectivement de 27,7 % et 26,9 % de leur encours d'endettement financier de 2021. Tel n'est pas le cas des hôpitaux de Sarreguemines (dotation de 17,2 M€, soit 14,5 % de son endettement 2021), de Lannion (dotation de 9,3 M€, soit 8,4 % de sa dette 2021) et d'Alençon (non doté).

2 - Une répartition hétérogène des financements laissés à la main des ARS

Les ARS ont procédé, seules, à la répartition entre établissements de la tranche de financement de 20 % qui relevait de leur « marge de manœuvre ». Aucune ARS interrogée pour l'enquête n'a mentionné de concertation préalable avec la DRFiP pour examiner collectivement les besoins prioritaires de désendettement.

Après cette répartition, le nombre d'établissements bénéficiaires a augmenté de 824 à 997 (+ 21 %), ce qui a surtout concerné les hôpitaux psychiatriques (+ 65 %), les établissements autres que les hôpitaux publics (+ 29 %), les CHU (+ 26 %) et, dans une mesure plus limitée, les centres hospitaliers (+ 16 %) et les hôpitaux locaux et de proximité (+ 11,5 %). L'accent mis sur les hôpitaux psychiatriques traduit le fait que les critères retenus au plan national prenaient insuffisamment en compte les spécificités de ces établissements, souvent vétustes.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a choisi de concentrer les aides. Le nombre total d'établissements bénéficiaires a donc peu augmenté (121 pré-fléchés, 127 au final). Ce choix a permis de répondre à des situations particulières mal prises en compte par les critères nationaux. Pour le centre hospitalier d'Annecy, qui avait un important programme d'investissement en cours, la dotation a ainsi été relevée de 35 M€⁶⁶. L'ARS a par ailleurs allégé de 15,2 M€ le fardeau historique de la dette structurée du CHU de Saint-Étienne, acquise à des conditions coûteuses avant 2011⁶⁷.

⁶⁶ La chambre régionale des comptes d'Auvergne-Rhône-Alpes sur le CH d'Annecy Genevois estimait que « *Le niveau de la marge est insuffisant pour couvrir les remboursements des annuités de la dette et surtout financer le niveau très élevé des investissements* », synthèse du rapport d'observations définitives (2022).

⁶⁷ La dotation a été relevée de 34,8 M€ à 58,2 M€ (+ 23,4 M€) pour prendre également en compte la fusion avec l'institut de cancérologie Lucien Neuwirth.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a adopté une démarche opposée. Elle a notamment alloué des dotations à tous les établissements devant bénéficier de projets d'investissement au titre du Ségur de la santé, ce qui a conduit à saupoudrer les dotations : après allocation de la marge de manœuvre, le nombre d'établissements bénéficiaires en Nouvelle-Aquitaine dépasse légèrement celui d'Auvergne-Rhône-Alpes (129 contre 127) pour une dotation totale deux fois et demi moins élevée (367 M€ contre 900 M€).

Les ARS Grand Est et Île-de-France ont suivi une orientation intermédiaire. Elles ont fortement revalorisé les enveloppes des CHU (+ 67 M€ au total pour les CHU de Strasbourg et de Nancy, tous deux très endettés, et + 69 M€ pour l'AP-HP) et concentré les dotations sur quelques établissements prioritaires.

L'ARS La Réunion a pris le parti très simple d'augmenter de façon proportionnelle (+ 25 %) les montants alloués aux établissements sélectionnés à l'échelon national, sans en ajouter de nouveaux, ni chercher à corriger les dotations initialement allouées.

3 - Des aides parfois non conformes à leur objet

L'ARS Corse a adopté une démarche particulière en allouant la totalité de sa marge de manœuvre à un seul hôpital, celui de Castelluccio, près d'Ajaccio, qui a pour singularité d'être un hôpital psychiatrique hébergeant des services de cancérologie (oncologie, radiothérapie et service de soin médical et de réadaptation palliatif) et de soins de suite et de réadaptation. La dotation de cet établissement a ainsi été portée à 15 M€, soit un montant supérieur à son encours de dette (11 M€ fin 2018). Ce surplus de dotation doit lui permettre de se moderniser – notamment pour la pédopsychiatrie – et de financer un nouveau plateau technique pour un service de soin médical et de réadaptation à orientation gériatrique.

En cela, l'ARS Corse n'a pas respecté l'objectif assigné au versement de la dotation, soit le rétablissement de la situation bilancielle des établissements bénéficiaires et le rétablissement d'un flux d'investissement courant minimal, mais a entendu financer un investissement structurant.

Cet emploi de l'enveloppe d'aide au désendettement a été décidé, selon l'ARS, avec l'accord de la DGOS, alors même que les établissements de l'île, notamment les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, affichent des situations financières particulièrement dégradées.

L'article 7 du contrat signé par l'ARS avec l'hôpital de Castelluccio permet la révision des montants accordés. Tout ou partie des dotations non encore versées pourraient être réallouées à d'autres établissements de l'île. Les conditions de financement du projet de plateau technique SMR seront à prendre en compte séparément, par une enveloppe consacrée aux investissements structurants, si celui-ci est jugé prioritaire.

La situation de surcompensation de l'hôpital de Castelluccio ne paraît pas constituer un cas d'espèce. 33 hôpitaux ont reçu des aides au désendettement supérieures à leur encours de dette pour un total de 180 M€. Pour certains, cela pourrait être lié à leur CAF négative, comme Chaumont ou Châteaudun. Dans d'autres cas, le taux de CAF dépasse 3 % (par exemple Gex et Buis-les-Baronnies en Auvergne-Rhône-Alpes, Saint-Esprit en Martinique).

C - Une contrepartie imparfaitement assurée

1 - Une obligation contractuelle inscrite dans des délais resserrés

Le versement des dotations était subordonné à la signature d'une convention entre l'ARS et l'établissement bénéficiaire. Un décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 a défini les mentions obligatoires de ce contrat. Outre l'échéancier prévisionnel des versements, celui-ci devait préciser les éléments d'analyse qui fondent les besoins exprimés, les critères retenus sur cette base pour le calcul de la dotation, les engagements de l'établissement en contrepartie de la réception des fonds et le calendrier de mise en œuvre.

Les engagements attendus de l'établissement peuvent apparaître en partie contradictoires, celui-ci devant s'engager à la fois sur « *l'amélioration de la capacité de financement des investissements nécessaires au service public hospitalier* », donc sur son désendettement, et sur « *la restauration d'un niveau d'investissement courant minimum* ». Leur conciliation suppose l'allocation d'une enveloppe suffisante pour permettre à la fois la restauration de la situation bilancielle de l'établissement et une relance de ses investissements courants au niveau pertinent pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Les délais de mise en œuvre étaient très resserrés puisque la totalité des crédits devait être contractualisée avec les établissements de santé « *au plus tard pour fin octobre et en allouant une première tranche de 1,3 Md€ au titre de l'exercice 2021* ». Ils ont finalement été reportés au 31 décembre 2021, ce qui permettait de rattacher la totalité de la dotation à l'exercice 2021 et d'assurer le premier versement cette même année.

Il était prévu que l'ARS évalue chaque année la réalisation des objectifs et engagements prévus par le contrat, en ayant la possibilité « *de réajuster les objectifs, engagements et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient* ».

2 - Des contreparties variables demandées par les ARS aux établissements bénéficiaires

Les obligations des établissements bénéficiaires des aides ont été définies de manière hétérogène selon les ARS.

Certaines ARS ont été précises. En Île-de-France, les contrats avec les établissements bénéficiaires ont fixé des valeurs cibles individualisées, à atteindre en 2022, 2024 et 2026, en termes de taux de marge brute minimale, de niveau d'investissement courant plancher et de taux d'endettement maximal. Pour l'AP-HP, par exemple, le taux de marge brute hors aides doit progresser de 2,4 % en 2021 à 4,2 % en 2022, 5,6 % en 2024 et 6,2 % en 2026 ; le taux d'endettement doit être stabilisé à 37,1 % (35,7 % en 2021) avec un niveau d'investissement courant minimal de 3 %. Les contrats franciliens ont, en outre, défini des objectifs qualitatifs avec un certain degré d'individualisation. Un outil de suivi numérique des indicateurs a été développé par l'ARS.

En revanche, en Nouvelle-Aquitaine, dans le Grand Est et en Corse, les obligations des établissements bénéficiaires apparaissent limitées. En Nouvelle-Aquitaine, les objectifs ont été définis de façon générale et assortis de valeurs-cibles identiques pour tous les établissements⁶⁸. Les établissements peuvent ainsi allouer les montants perçus pour financer de nouveaux investissements, mais sans augmenter le montant de leur dette. Pour les établissements qui engagent des investissements structurants au titre du « Ségur investissement », cet objectif apparaissait toutefois hors de portée et a été remplacé par le suivi d'un nouvel indicateur de ratio de l'encours de dette sur la valeur nette comptable des immobilisations, l'ARS devant par ailleurs approuver expressément tous les emprunts qui augmentent l'encours de dette.

En Corse, les objectifs assignés ont été sensiblement identiques, le paiement des charges sociales et fiscales s'ajoutant toutefois à la réduction des délais de paiement des fournisseurs au regard du contexte de défaut de paiement de la taxe sur les salaires des hôpitaux d'Ajaccio et de Bastia. L'ARS a eu recours à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) pour définir des objectifs d'activité en ambulatoire et de dimensionnement des blocs opératoires, et

⁶⁸ Un délai de dette fournisseurs inférieur à 50 jours, visant à éviter des ruptures de livraison ; un taux d'investissement courant supérieur à 1,5 % des recettes pour garantir une qualité et une sécurité minimales de prise en charge ; une capacité d'autofinancement supérieure à son niveau de 2019 (hors soutien financier) ; une baisse annuelle de l'encours de dette.

à des cabinets de conseil pour accompagner les établissements dans l'élaboration de plans d'action⁶⁹. Les contrats ont affirmé fermement le principe de plans d'action « *soutenables sur la durée du contrat et permettant de restaurer les capacités financières de l'établissement* » en contrepartie de l'engagement à déléguer les fonds. Toutefois, leur contenu n'a pas été contractualisé dans l'attente de la sortie de la crise sanitaire. Il est prévu qu'ils soient intégrés aux contrats par avenant en 2023.

En région Grand Est, les objectifs ont été définis de façon encore plus générale, le premier engagement de chaque établissement bénéficiaire étant, par exemple, de « *garder la maîtrise de son endettement* ». Des objectifs généraux d'assainissement de la situation financière ont été mentionnés, mais la fixation de cibles spécifiques à chaque établissement a été renvoyée à des avenants aux contrats à passer en 2023.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes se situe dans une position intermédiaire. À fin 2022, sur 93 contrats signés d'un montant supérieur à 1 M€⁷⁰, 61 ne fixent aucun objectif individualisé par établissement, 18 contrats comportent un objectif de fin de période, 5 contrats précisent des objectifs intermédiaires en 2025 et 9 contrats mentionnent des objectifs détaillés par année. Ces neuf contrats ne pèsent que pour 108 M€ sur un montant total d'aide au désendettement de 900 M€. Parmi les CHU, les HCL ont des objectifs pour 2025 et 2029 et les CHU de Grenoble, Saint-Étienne et Clermont-Ferrand n'ont aucun objectif individualisé.

Le caractère très général des objectifs financiers prévus dans les contrats conclus entre ARS et établissements apparaît problématique en soi et au regard du droit communautaire. Sur ce dernier plan, il crée un risque de requalification des aides, au motif que les charges dont elles seraient la contrepartie ne sont pas définies avec une précision suffisante. Il importe par conséquent que les ARS définissent des objectifs financiers précis et individualisés par établissement en contrepartie des fonds qu'elles leur versent, assortis de plans d'action détaillés, visant à atteindre les valeurs-cibles définies. Les valeurs-cibles des indicateurs et les écarts par rapport à ces dernières auraient vocation à être décrits dans le nouveau rapport annuel d'information du gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre des financements du Ségur prévu par la LFSS pour 2022.

⁶⁹ CMI pour l'élaboration des plans de redressement des CH d'Ajaccio et de Bonifacio, cabinet GHOVE pour l'élaboration du plan de redressement du CH de Bastia, EY pour la révision des organisations du CH Ajaccio.

⁷⁰ Les 34 contrats d'un montant inférieur à 1 M€ ont été limités à une durée d'un an. La totalité des aides a été versée en une seule fois.

3 - Un suivi des contrats encore largement formel : l'impératif de s'assurer du désendettement des hôpitaux

Les contrats des ARS avec les établissements doivent réglementairement donner lieu à une revue annuelle des objectifs et des réalisations, à partir des indicateurs de suivi définis. Certaines ARS ont prévu de procéder à cette revue de façon spécifique (Île-de-France) ou dans le cadre d'un dialogue de gestion associé à la présentation annuelle des budgets et des trajectoires financières (Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine).

Les ARS peuvent analyser la situation intermédiaire d'endettement des hôpitaux publics lors de l'examen, pour approbation, de leur budget annuel. Elles disposent aussi d'un levier particulier pour les hôpitaux publics surendettés, puisqu'elles doivent autoriser expressément toutes les demandes d'emprunt. Elles peuvent donc refuser celles qui entraîneraient une dégradation des indicateurs d'endettement-cibles du contrat, quel qu'en soit le motif.

Toutefois, en l'absence de définition des indicateurs par la plupart des ARS, aucun suivi n'a été mis en place. Aucun progrès n'a par exemple été constaté en 2022 à l'hôpital de Bastia dans les délais de paiement des fournisseurs et le non-paiement des montants dus au titre de la taxe sur les salaires.

Il conviendrait que les DRFiP, aux côtés des ARS, participent à l'analyse de l'évolution des situations financières et à l'examen des décisions d'emprunt, notamment pour les établissements porteurs de projets d'investissement. À cette fin, le rôle des comités de régionaux de veille active sur la situation de trésorerie (Corevat)⁷¹, qui visent à prévenir les situations d'insuffisance de trésorerie des hôpitaux publics, pourrait être étendu aux décisions d'emprunt pour les établissements surendettés suivis dans le cadre du volet 1 de l'article 50⁷².

⁷¹ Ils ont été mis en place par une circulaire interministérielle de la DGOS, la DSS et la DGFIP du 14 septembre 2012.

⁷² Le champ d'application de l'article D. 614570 du code de la santé publique, qui soumet le recours à un emprunt de plus de douze mois des établissements publics de santé en difficulté financière à l'avis de l'ARS et du DRFiP, pourrait être étendu de façon correspondante.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réduction de 13 à 6,5 Md€ du montant des financements consacrés à la restauration des capacités financières des établissements de santé publics et privés non lucratifs a considérablement diminué l'ampleur et le sens de cette mesure exceptionnelle destinée initialement à la remise à niveau des hôpitaux publics lourdement endettés.

Malgré sa réduction, l'enveloppe n'a pas été ciblée en direction des établissements dont les situations financières étaient les plus compromises. La plus grande partie de son montant (80 %) a été répartie selon un algorithme de calcul trop fruste pour prendre en compte la diversité des établissements. Son solde (20 %) a été attribué par les ARS, en fonction de critères qu'elles ont librement définis, sans directive de l'administration centrale. Des stratégies hétérogènes d'allocation ont conduit, en Nouvelle-Aquitaine, à un saupoudrage des dotations sans grande utilité et en Corse, au financement anticipé de l'investissement structurant d'un seul hôpital, au lieu de contribuer au redressement de la situation financière, pourtant très dégradée, des établissements de l'île.

En définitive, les sommes ont été accordées à un nombre trop élevé d'établissements et pour des montants en moyenne trop faibles, sans que les situations les plus critiques aient été significativement améliorées.

Le ministère de la santé, en concertation avec les ARS, aurait dû consacrer plus de temps à une analyse financière approfondie des établissements de santé, de manière à réserver les aides aux établissements les plus en difficulté, en prenant notamment en compte l'incidence des investissements déjà décidés, les dettes « cachées » sous la forme de retards de paiement, la capacité de remboursement, etc.

De surcroît, le versement des aides aurait dû être conditionné à la conclusion de plans d'action pluriannuels réellement engageants pour les établissements bénéficiaires visant leur retour à l'équilibre financier, un désendettement effectif ainsi qu'un repositionnement de leur activité dans le cadre d'une offre régionale.

Il importe, désormais, que le ministère de la santé et les établissements concernés précisent, par avenant aux contrats passés, la trajectoire d'endettement des établissements bénéficiaires afin d'éviter qu'elle ne se dégrade à nouveau, ainsi que la liste et le calendrier des actions à mettre en œuvre, en subordonnant le versement des annuités non-encore payées à un rétablissement effectif et à l'apurement des dettes fiscales et sociales. Dans cette perspective, il conviendrait de n'autoriser les nouveaux emprunts des établissements surendettés que dans la mesure où ils seraient compatibles avec les trajectoires ainsi définies.

Les établissements qui ont perçu une aide au titre du rétablissement de leurs capacités financières supérieure au montant de leur encours de dette devraient restituer ce surplus afin d'éviter toute surcompensation.

En ce qui concerne les hôpitaux publics qui ont bénéficié d'une aide au rétablissement de leur capacité financière (enveloppe de 6,5 Md€), la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. compléter les contrats déjà passés par ces établissements avec les ARS en précisant les indicateurs de suivi des actions à mettre en œuvre en contrepartie des moyens reçus. Consolider ces indicateurs à l'échelle nationale dans le rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de ces financements, prévu par l'article 6 de la LFSS pour 2022 (ministère de la santé et de la prévention) ;*
- 2. pour les établissements dont la situation reste durablement dégradée malgré ces aides, définir des stratégies individuelles de redressement financier dans le cadre global de l'organisation régionale de l'offre de soins. (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
- 3. pour ces mêmes établissements, conditionner le versement du reliquat d'aides au désendettement et l'émission de nouveaux emprunts à l'atteinte des indicateurs fixés par les contrats (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*

Chapitre III

Un risque de dérive de la dette

lié aux faiblesses du pilotage

du programme d'investissement

Les résultats dégradés et l'endettement élevé des hôpitaux publics les ont conduits à limiter leurs investissements à la suite des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Une relance de l'investissement hospitalier a été engagée en 2021, avec la mobilisation de 9 Md€ d'aides d'ici 2029 pour soutenir les investissements structurants et les investissements courants, dits « du quotidien ». Chaque ARS a élaboré une stratégie régionale d'investissement pour la période 2021-2029.

Du premier bilan d'étape établi par la Cour, il ressort la nécessité de resserrer le pilotage des stratégies d'investissement. Le nombre élevé de projets retenus et la dispersion des aides qui en découle ne permettent pas d'en assurer la soutenabilité financière. Il apparaît urgent de se prémunir contre le risque d'une nouvelle dérive de l'endettement des hôpitaux et de mettre en place un dispositif de suivi efficace.

I - Un investissement hospitalier insuffisant pour préserver le potentiel d'utilisation des capacités hospitalières

Les investissements des hôpitaux publics reposent sur un financement mixte issu, d'une part, des excédents attendus du cycle d'exploitation, d'autre part, des aides allouées pour les investissements structurants, ainsi que du recours à l'emprunt. Les montants disponibles se sont avérés insuffisants ces dernières années. Il en résulte une dégradation des bâtiments et un renouvellement insuffisant des équipements.

A - Une vétusté croissante des hôpitaux publics

Les dépenses d'investissement des hôpitaux publics se sont établies sur une moyenne basse de l'ordre de 4 Md€ par an sur la période 2018-2021 après un point haut de 7 Md€ atteint en 2012.

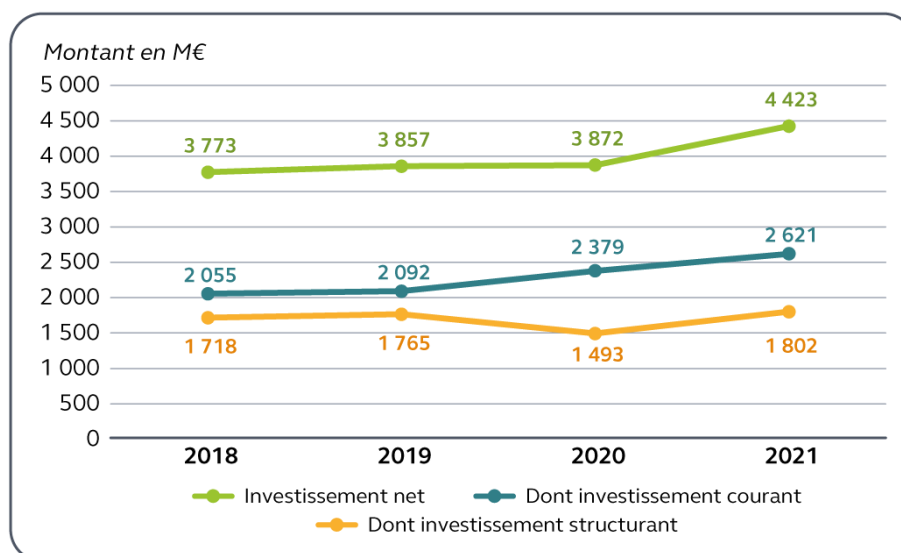
Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 : un endettement des hôpitaux et un manque de pilotage stratégique

Engagé en 2003, le plan Hôpital 2007 visait à financer des investissements dans l'immobilier (85 % du total), les équipements lourds et numériques. Les investissements se sont élevés à 16,8 Md€ sur la période 2002-2007, financés à hauteur de 5,8 Md€ par des aides, soit un taux d'aide de 34,5 %. À compter de 2008, le plan Hôpital 2012 a pris le relais pour un volume d'investissement de 5,6 Md€ sur la période 2008-2012, financé par 2,2 Md€ d'aides, soit un taux d'aide de 39 %. Compte tenu de l'endettement croissant des hôpitaux, seule la première tranche du plan Hôpital 2012 a été mise en œuvre.

Pour les deux plans, les hôpitaux ont complété les aides par un recours massif à l'emprunt. Fin 2012, leur endettement financier atteignait 29,3 Md€.

La Cour a jugé sévèrement ces plans d'investissement⁷³. Selon un rapport IGF-Igas, s'ils « ont permis un grand nombre de restructurations et de modernisations indispensables, leur encadrement n'a pas été suffisamment rigoureux, en particulier s'agissant du plan Hôpital 2007. Les modalités de sélection peu discriminantes de ce dernier ont conduit au financement d'un grand nombre de projets (...). »⁷⁴

Graphique n° 9 : dépenses d'investissement des hôpitaux - Budget global



Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

Les dépenses d'investissement courant ont représenté 2,6 % des produits sur la période 2018-2021, soit nettement en deçà du seuil de 3 % jugé nécessaire pour le renouvellement courant des équipements.

⁷³ Cour des comptes, *Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers*, Ralfss 2009 et *La dette des établissements publics de santé*, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale (2014).

⁷⁴ Rapport IGF-Igas, *Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé* (annexe 5, p. 33), 2022.

Investissements courants (« du quotidien ») et structurants

Les investissements courants correspondent au renouvellement d'installations techniques et de matériels et à des rénovations de locaux, sans transformation ni extension de capacités. Ils ont vocation à être couverts par la capacité d'autofinancement.

Les investissements lourds comprennent des constructions immobilières et leurs premiers aménagements. Leur financement requiert des réserves issues du cycle d'exploitation, des aides à l'investissement, ainsi que des ressources à caractère exceptionnel (emprunts, cessions d'actifs).

En raison de la faiblesse des investissements, le taux de vétusté des hôpitaux publics, qui rapporte la valeur amortie des immobilisations à leur valeur brute, s'est dégradé. Pour les bâtiments, il est passé de 45,5 % en 2015 à 52,9 % en 2021⁷⁵ et, pour les équipements, de 76 % en 2011 à 80 % en 2021. Ces mesures de la vétusté sont à apprécier en tendance, compte tenu des incertitudes affectant la fiabilité des données patrimoniales des hôpitaux publics.

Une progression des investissements lourds et une stabilité des investissements courants en 2022

Les investissements des hôpitaux publics se sont élevés à 4,86 Md€ en 2022, en progression de 439 M€ par rapport à 2021.

La progression a été portée par l'investissement lourd, qui a atteint 2,17 Md€ en 2022 (+ 375 M€ par rapport à 2021, dont 93 M€ d'aides au titre de la relance de l'investissement). Elle concerne tout particulièrement les CHU de province (+ 222 M€) et les centres hospitaliers généraux (+ 84 M€).

L'investissement courant s'est, quant à lui, stabilisé à 2,68 Md€, soit 2,8 % des produits du budget global qui reste inférieur, mais proche, du niveau de 3 % jugé nécessaire pour le renouvellement des équipements. Cette stabilité des investissements courants recouvre des nuances par catégorie d'établissements avec des baisses limitées concernant l'AP-HP (- 34 M€) et les CHU de province (- 21 M€) et des progressions concernant notamment les centres hospitaliers généraux (+ 68 M€).

⁷⁵ Plus le taux est élevé, plus l'immobilisation est vétuste. Un taux de 100 % signifie qu'elle est totalement amortie. Sa valeur comptable résiduelle est nulle.

B - Des subventions d'investissement en partie sous-consommées

Les hôpitaux publics ont bénéficié d'environ 2 Md€ d'aides à l'investissement par an sur la période 2018-2021, soit près de la moitié de leurs dépenses d'investissement.

Quatre types d'aides à l'investissement hospitalier

Les dotations d'aides à la contractualisation comprennent des financements destinés à l'investissement, soit 1 Md€ par an sur la période 2018-2021⁷⁶. Une majeure partie, relevant notamment des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, est fléchée sur certains hôpitaux selon des engagements pluriannuels.

Les montants du Fonds d'intervention régional (FIR) sont affectés par les ARS, à hauteur de 0,5 Md€ par an sur la période 2018-2021, pour soutenir les investissements.

Le Fonds pour la modernisation et l'investissement santé (Fmis), créé en 2021⁷⁷, assure la gestion d'aides à des investissements de diverses natures (structurants, courants, numériques). Sans personnalité juridique, il est géré par la Caisse des dépôts et consignations. Son financement est assuré par l'assurance maladie. Le Fmis finance 1/ des aides à des investissements qui n'engendrent pas de recettes supplémentaires, comme les travaux de mise en sécurité et 2/ des aides à des projets validés par l'ex-comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo)⁷⁸, fléchées en principe jusqu'en 2025, pour un montant de l'ordre de 0,2 Md€ par an en moyenne sur la période 2019-2021 (245 M€ en 2022).

Les aides à l'investissement financées dans le cadre du Ségur de la santé (cf. *infra*) viennent s'ajouter à ces dispositifs.

Les aides à l'investissement du Fmis ne sont que partiellement consommées. La LFSS pour 2021 a réduit de 200 M€ la dotation votée en LFSS pour 2020 (649 M€). Les montants notifiés par circulaire du ministère de la santé ont été systématiquement inférieurs à ceux votés en LFSS, pour 539 M€ au total sur la période 2018-2021. À cela, s'ajoute un niveau d'engagement par les ARS encore plus faible, notamment en 2021. En définitive, moins de 0,7 Md€ ont été versés aux hôpitaux entre 2018 et 2021 par rapport aux 2,6 Md€ ouverts en LFSS.

⁷⁶ Source DGOS, à partir de l'outil Harmonisation et partage d'information (HAPI).

⁷⁷ La LFSS pour 2021 (art. 40) et le décret n° 2021-779 du 17 juin 2021 remplacent le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp).

⁷⁸ Rapport annuel du Fmis établi par la Caisse des dépôts. Le financement du Fmis est assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Tableau n° 7 : aides du Fmis aux établissements de santé (en M€)

	2018	2019	2020	2021	Cumul
Montants ouverts en LFSS (1)	448	647	649	1 032	2 776
Montants révisés en LFSS (2)	448	647	449	1 035	2 579
Montants notifiés au Fmis (3)	308	373	285	1 074	2 040
Montants engagés / ARS (4)	280	358	272	652	1 562
Montants reçus / hôpitaux (5)	230	256	98	73	657
Ratio reçu hôpitaux (5) / révisé en LFSS (2)	51 %	40 %	22 %	7 %	25 %

Source : rapport annuel du Fmis 2021 - Situation au 31 décembre 2021

II - Un pilotage de la relance de l'investissement hospitalier à fortement resserrer

Alors que l'État a mobilisé des moyens financiers d'ampleur pour la remise à niveau des installations des hôpitaux publics, leur pilotage laisse apparaître de grandes fragilités. Ainsi, l'articulation de ces moyens avec les aides habituelles à l'investissement n'a pas été définie. L'allocation des aides aux investissements structurants a été, en partie, discrétionnaire et en dehors des objectifs fixés. Dans une logique de déconcentration, les ARS ont élaboré des stratégies régionales d'investissement selon des orientations nationales restées très générales.

A - Des dispositifs d'aide aux investissements à définir de manière plus précise et à mieux articuler entre eux

La relance de l'investissement hospitalier a mobilisé une combinaison de financements supplémentaires nationaux et européens. Toutefois, aucune décision n'a été prise concernant le devenir des aides reconductibles à l'investissement octroyées dans le cadre de dispositifs antérieurs et qui arrivent désormais à leur terme. Dans ces conditions, les ressources susceptibles d'être mobilisées pour la relance de l'investissement hospitalier sont insuffisamment articulées entre elles.

Tableau n° 8 : aides du Ségur de la santé (en Md€)

Source de financement	Objectif des aides	2021-2029	Périmètre
Cades	Investissement structurant	5,5	Établissements publics et privés non lucratifs assurant le service public hospitalier
	Enveloppe pour aléas	1,0	
	Sous-total	6,5	
Plan national de relance et de résilience (PNRR)	Investissement courant	1,5	Idem, ainsi que les cliniques privées à but lucratif
	Investissement structurant	1,0	
	Sous-total	2,5	
Total		9,0	-

Source : circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021

1 - Le financement par la Cades, principal dispositif de relance de l'investissement structurant

6,5 Md€ des 13 Md€ alloués par la Cades sont alloués au financement des aides aux investissements structurants des établissements participant au service public hospitalier⁷⁹. La programmation de la principale partie (5,5 Md€) a été confiée aux ARS. Le solde (1 Md€) a été laissé à la décision du ministre de la santé.

Après instruction des projets, les ARS signent avec chaque établissement bénéficiaire un contrat avec échéancier, le plus souvent par avenant au contrat de restauration des capacités financières (cf. *infra* chapitre II). Les contrats sont transmis aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui procèdent au versement des subventions en capital.

L'intégralité des fonds doit être versée avant fin 2030⁸⁰, terme fixé par la circulaire du 10 mars 2021. Sur l'enveloppe de 6,5 Md€ d'aides aux investissements structurants, 109 M€ avaient été versés aux établissements de santé⁸¹, contre 1,1 Md€ prévu pour 2021 et 2022.

⁷⁹ Dispositions combinées de la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie (art. 1) et de la LFSS pour 2021 (art. 50).

⁸⁰ LFSS pour 2022 (art. 6 modifiant l'article 50 de la LFSS pour 2021).

⁸¹ 16 M€ en 2021 et 93 M€ en 2022.

2 - Les aides du Plan national de relance et de résilience (PNRR) refinancées par l'Union européenne : un cadre à finaliser

Le second dispositif d'aide à la relance de l'investissement hospitalier, de 2,5 Md€, émerge au plan national de relance et de résilience (PNRR) de France Relance⁸². Il vise un double objectif d'aide aux investissements structurants (1 Md€) et aux investissements courants (1,5 Md€) sur la période 2021-2026. Le périmètre des établissements bénéficiaires a été élargi aux cliniques privées à but lucratif.

Ces aides donnent lieu à une avance de l'État à l'Acoss⁸³. Elles seront ensuite remboursées par l'Union européenne au titre de la Facilité pour la reprise et la résilience (FRR), sous réserve de l'atteinte des indicateurs. Ces aides sont programmées par les ARS et font l'objet de contrats avec les établissements bénéficiaires. Elles sont gérées par la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre du Fmis. Elles prennent la forme de remboursement des dépenses d'investissement des établissements de santé, sur présentation de justificatifs et dans la limite du montant fixé par le contrat avec l'ARS. Cette procédure assure la traçabilité nécessaire des dépenses au remboursement par l'Union européenne.

Le ministère de la santé (DGOS) est responsable du suivi et de la centralisation des justificatifs à adresser à la Commission européenne⁸⁴. La DGOS ne signale pas de préoccupation particulière sur l'atteinte des cibles des indicateurs dans les délais impartis.

Indicateurs conditionnant le remboursement de l'Union européenne :

- 1 000 établissements aidés au titre d'« installations techniques, équipements ou de rénovations légères » d'ici le 2^{ème} trimestre 2025, dont 800 dès le 1^{er} trimestre 2023, pour les aides aux investissements courants de 1,5 Md€ ;

⁸² Le PNRR de 38 Md€ consacre 6 Md€ à la santé, dont 2,5 Md€ à l'investissement hospitalier, 1,5 Md€ aux établissements et services médico-sociaux et 2 Md€ aux investissements numériques en santé.

⁸³ Elle est assurée par l'affectation d'une fraction de TVA en 2021 (765 M€), puis par des dotations inscrites au programme 379 « Compensation à la Sécurité sociale du coût des dons de vaccins à des pays tiers et reversement des recettes de la FRR au titre du volet « Ségur investissement » du PNRR sur la période 2022-2026.

⁸⁴ Circulaire du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du PNRR.

- 30 établissements aidés au titre de « projets de construction, de rénovation énergétique et de modernisation des établissements médicaux, pour un montant supérieur à 20 M€ » d'ici le 2^{ème} trimestre 2026, dont 20 dès le 4^{ème} trimestre 2024, pour les aides aux investissements structurants de 1 Md€.

Deux ans après le lancement de la relance de l'investissement hospitalier, il est indispensable de finaliser la convention de mandat qui autorise la Caisse des dépôts à assurer la gestion du Fmis pour le compte du ministère de la santé. Le projet, signé par la Caisse, le 6 janvier 2022, restait en attente de signature du ministère de la santé en juin 2023.

3 - Des règles à définir pour les aides reconductibles à l'investissement arrivées à échéance

Les aides reconductibles à l'investissement des établissements de santé, accordées entre 2003 et 2014, au titre notamment des plans Hôpital 2007, Hôpital 2012 et de lettres du ministre de la santé à des hôpitaux bénéficiaires⁸⁵, arrivent désormais progressivement à échéance. Ces aides ont vocation à être interrompues à l'arrivée à leur terme, en même temps que l'achèvement des projets qu'elles avaient pour objet de financer.

La DGOS a identifié 450 établissements bénéficiaires d'un total de 807 M€ d'aides annuelles reconductibles qui arrivent à échéance entre 2023 et 2034, dont environ 600 M€ entre 2023 et 2027. Leur suppression aura une incidence directe sur le résultat d'exploitation et donc sur la capacité d'investissement des établissements concernés.

À ce jour, les modalités d'interruption de ces aides ne sont pourtant pas organisées, alors que les établissements les ont *de facto* intégrées comme des ressources récurrentes d'exploitation. Il est impératif d'en déterminer les modalités d'interruption. Pour l'avenir, il importe aussi de redéfinir les modalités de répartition entre ARS, en fonction de critères actualisés tenant compte notamment des nouvelles aides octroyées dans le cadre de la relance de l'investissement de 2020-2021.

⁸⁵ Ces aides d'exploitation visaient à compenser partiellement les charges d'investissement financées par emprunt (intérêts et capital), généralement sur vingt ans.

B - Une répartition des aides entre ARS en partie discrétionnaire, une enveloppe nationale pour aléas détournée de son objet

L'enveloppe des aides aux investissements courants (1,5 Md€ sur la période 2021-2023) a été répartie entre les ARS par la circulaire du 10 mars 2021 au *prorata* des produits des hôpitaux en 2021 et de la population en 2022 et 2023. Les ARS attribuent les aides par hôpital public, Espic et clinique privée à but lucratif, chaque année, par contrat.

La répartition entre ARS des aides aux investissements structurants financées par la Cades et par le Fmis (6,5 Md€) a été réalisée sans distinction d'origine des financements, au *prorata* de la population pour près de la moitié de l'enveloppe (3,1 Md€) et, pour le solde (3,4 Md€), au *prorata* du coût subventionné à 50 % des deux principaux projets par ARS issus d'un recensement effectué en octobre 2020. La combinaison de ces deux critères a visé à répondre aux besoins prioritaires de chaque région, tout en tenant compte de leur population.

Ces critères, cohérents avec l'objectif de répartir les aides selon les « *missions et engagements contractuels des établissements notamment en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient* »⁸⁶, n'ont pas été publiés. La répartition a été communiquée aux ARS par la circulaire du 10 mars 2021.

Par prudence, cette circulaire prévoyait aussi une enveloppe nationale de 1 Md€, à la main du ministre de la santé, pour « *pallier les aléas qui pourront survenir tout au long de la période ou financer des ressources humaines indispensables compte tenu des moyens engagés* ». L'échéancier prévu était de 200 M€ en 2021, puis de 100 M€ par an d'ici à 2029. La circulaire ministérielle du 21 juillet 2021 précisait qu'il ne s'agit pas d'« *assurer/ compléter un plan de financement au moment de l'instruction initiale d'un projet mais d'une enveloppe visant à faire face à des surcoûts ou des besoins imprévus pour les dix années à venir. Elle viendra abonder les enveloppes régionales en fonction des besoins de financements complémentaires qui seront identifiés et validés* »⁸⁷.

⁸⁶ Décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier.

⁸⁷ Instruction DGOS du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier.

Toutefois, cette enveloppe a été entièrement mobilisée par un arrêté ministériel du 2 juin 2022⁸⁸ pour appuyer 23 projets par des montants d'aide allant de 1,4 M€ (hôpital de Carnelle Portes de l'Oise) à 110 M€ (CHU de Nancy et de Nantes) (cf. détail en annexe).

La Cour n'a pas pu obtenir d'explication sur une telle utilisation. Le compte-rendu de la réunion interministérielle du 5 avril 2022 qui a validé la répartition de cette aide ne comporte aucune justification. Les deux-tiers ont été attribués à des CHU. Au plan territorial, les Haut-de-France, la Corse et l'outre-mer n'en ont pas bénéficié. Trois ARS ont obtenu une part d'aide nettement supérieure à leur *prorata* de population (Pays de la Loire pour 160 M€, Grand Est pour 164 M€ et Occitanie pour 134 M€).

En définitive, l'enveloppe pour aléas a été allouée sans respecter ni son objet, ni le calendrier prévu et en fonction de critères non-transparents. Elle ne pourra que faire défaut dans le contexte de renchérissement du coût de la construction auquel les hôpitaux font face dans l'élaboration du plan de financement de leurs investissements (cf. *infra*).

C - Une faible sélectivité des projets soutenus, prenant rarement en compte l'objectif de concentration des plateaux techniques lourds

Considérant, par principe, que les besoins en soins ne pouvaient être appréhendés que localement, la relance de l'investissement hospitalier a été organisée en renforçant le rôle de décision des ARS, selon l'orientation fixée par la circulaire du 10 mars 2021.

Une responsabilité accrue des ARS pour les aides aux investissements

Les ARS ont été chargées d'élaborer des stratégies régionales d'investissement pour la période 2021-2029, ainsi que d'instruire et de valider les aides financières aux projets, dans la limite d'un plafond réhaussé à 150 M€ HT, contre 50 M€ HT précédemment.

Le nouveau conseil national de l'investissement en santé (Cnis), présidé par le ministre de la santé, avait pour mission de fixer les orientations de l'investissement. Il ne s'est réuni que deux fois, les 7 avril (séance d'installation) et 5 juillet 2021 (point d'étape du Ségur de l'investissement).

⁸⁸ Arrêté du 3 juin 2022 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2021 relatif aux enveloppes régionales dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé.

Le comité de pilotage de l'investissement sanitaire (Copil du Cnis), animé par la DGOS et composé d'administrations centrales, dont la DSS et la direction du budget, est chargé de « *suivre la mise en œuvre du plan avec les ARS (définition des stratégies régionales ; délégation de crédits ; état d'avancement de la programmation dans le cadre d'une revue annuelle). Piloter la programmation budgétaire et assurer la qualité du reporting auprès de la Commission européenne. Donner un avis sur les projets d'investissement supérieurs à 150 M€ (...).* ». Le Copil conduit des dialogues de gestion étroits avec les ARS sur la mise en œuvre des stratégies régionales d'investissement, à mi-année et en fin d'année. Il valide les projets supérieurs à 150 M€ HT en remplacement du Copermo.

Le conseil scientifique de l'investissement en santé (Csis), placé auprès du Cnis, élabore des outils pour la préparation des projets d'investissement. Il instruit les projets supérieurs à 150 M€ HT et rend un avis pour le Copil du Cnis.

Dans un court délai, de mars à novembre 2021, les ARS ont élaboré des stratégies régionales d'investissement hospitalier. En lien avec les préfets, elles ont conduit une concertation locale avec les élus locaux et les acteurs du système de santé, notamment les représentants des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux ainsi que de l'assurance maladie.

L'objectif des stratégies était de répondre aux besoins de la population par des projets d'investissement cohérents territorialement et soutenables financièrement, dans l'enveloppe régionale d'aide impartie. Les ARS devaient sélectionner des projets couvrant les trois enjeux de la « *structuration de l'offre de soins* », de la « *santé publique et de soutien à l'autonomie* » et du « *développement durable* »⁸⁹, eux-mêmes déclinés en treize thèmes, notamment « *la transformation et le décroisement de l'offre de soins* », les « *soins non programmés* » et les « *soins critiques* ».

Les ARS ont eu toute latitude pour sélectionner les projets, au risque d'une hétérogénéité d'approche. Le Copil du Cnis a analysé chacune des stratégies régionales en pointant notamment le nombre élevé de projets sélectionnés et le manque de soutenabilité financière des stratégies régionales, mais sans jouer de rôle de filtre (cf. *infra*).

⁸⁹ Note d'information DGOS, DGCS et CNSA du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021.

Les ARS ont sélectionné un total de 803 projets équivalents à un potentiel d'investissement de 27,2 Md€, dont 246 projets d'un montant supérieur à 20 M€. Cette liste initiale est appelée à être ajustée selon l'évolution de la programmation (redimensionnement, annulation ou nouveaux projets) et de divers aléas (surcoûts de construction, inflation, décalage dans le temps, notamment).

Tableau n° 9 : projets d'investissement structurant des établissements de santé sélectionnés par les ARS dans la première version des stratégies régionales d'investissement en 2021

	Nombre de projets	En %	Volume des projets (en M€)	En %
Projets > 150 M€	37	5 %	14 056	52 %
Projets < 150 M€	799	95 %	13 096	48 %
Dont < 20 M€	557	69 %	3 795	14 %
Total projets	803	100 %	27 152	100 %

Source : copil du Cnis, compte-rendu du 29 septembre 2022

Aucune instruction n'a été fixée aux ARS sur les aides aux établissements privés, pas davantage que lors du plan Hôpital 2007⁹⁰. Pour les seuls projets dépassant 20 M€, la part portée par des Espic et des cliniques privées est de 16 %. Les 40 projets d'Espic et de cliniques privées supérieurs à 20 M€ TTC sont concentrés notamment en Île-de-France (11) et dans les Hauts-de-France (6).

La thématique de la « territorialisation, transformation et décroisement de l'offre » fixait notamment l'objectif d'« un projet médical de territoire intégrant l'ensemble des prises en charges, avec (...) un décroisement ville/hôpital/médico-social »⁹¹. Pourtant, les projets de regroupement d'hôpitaux ou de concentration de plateaux techniques sont restés peu nombreux et étaient, pour la plupart, antérieurs au Ségur : seuls 7 % des projets de plus de 20 M€ sont portés par deux ou trois hôpitaux ou cliniques⁹².

⁹⁰ Le ministère de la santé « n'a donné aucune directive sur le taux d'accompagnement qui pouvait être appliqué [aux cliniques]. Dès lors, chacune des ARH a déterminé sa propre politique. », Cour des comptes, Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers, Ralfss 2009.

⁹¹ *Ibid*, note d'information DGOS, DGCS et CNSA du 2 juillet 2021.

⁹² Rapport du Copil du Cnis du 29 septembre 2022.

Le projet du GHT Rance-Émeraude de construction d'un plateau technique unique à Saint-Malo, Dinan et Cancale fait figure d'exception⁹³, mais sa soutenabilité financière n'est pas encore démontrée. Ailleurs, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a saisi l'occasion de l'instruction des projets portés par les deux GHT Rhône Centre (Hospices civils de Lyon) et Val Rhône Santé (hôpital de Vienne) pour leur demander de fusionner (mars 2023) et de renforcer leur coopération déjà bien établie en anesthésie, chirurgie orthopédique, cardiologie et oncologie⁹⁴. Dans un même objectif, le CHU de Grenoble et l'hôpital de Voiron ont fusionné en 2020.

Aux dires d'experts, la relance de l'investissement hospitalier a pu favoriser une approche territoriale et la complémentarité entre hôpitaux publics, Espic et cliniques privées. Toutefois, les stratégies régionales ont davantage sélectionné des projets de modernisation de structures existantes que recherché des coopérations entre établissements.

III - Une relance de l'investissement hospitalier dont l'efficacité et la soutenabilité financière apparaissent dès à présent compromises

La relance de l'investissement hospitalier suscite de fortes attentes localement, notamment auprès des équipes des établissements de santé. Pour autant, les effets des aides aux investissements courants sont inégaux entre régions. En outre, il apparaît que les projets d'investissement structurant, trop nombreux, ne bénéficient pas d'une aide suffisante pour éviter aux hôpitaux de devoir à nouveau recourir à l'emprunt au risque de fragiliser encore davantage leur situation financière.

⁹³ Outre les projets de l'Hôpital Bretagne Atlantique à Vannes, de reconstruction d'un site unique à Lannes des hôpitaux de Lourdes et Bigorre, le regroupement des hôpitaux de Millau et Saint-Affrique et la restructuration du GHT Nord-Ouest Val d'Oise à Pontoise-Beaumont-Magny.

⁹⁴ Lettre de l'ARS au directeur de l'hôpital de Vienne du 12 décembre 2022.

A - Un retard et une déperdition des aides aux investissements courants dans certaines régions

Le plan « Investir pour l'hôpital » de 2019 comportait un appui aux investissements courants des hôpitaux publics de 450 M€ sur la période 2020-2022 pour compenser les inégalités territoriales et sociales. La relance de l'investissement hospitalier a repris et amplifié ce dispositif par une enveloppe de 1,5 Md€ sur la période 2021-2023. L'objectif était d'« améliorer rapidement et significativement le fonctionnement des services au quotidien (...) en ciblant notamment les équipements hôteliers et logistiques, les équipements de système d'information, les matériels ou équipements médicaux et biomédicaux, et la réalisation d'opérations de travaux courants ou de rénovation légère »⁹⁵.

Le ministère de la santé a informé les ARS de ce dispositif d'aides aux investissements courants en janvier 2021 et a procédé aux délégations de crédits en cours d'année 2021 et 2022⁹⁶. Chaque ARS devait répartir les aides par établissement après concertation avec les fédérations et les communautés médico-soignantes. La contractualisation entre l'ARS et l'établissement bénéficiaire est intervenue *de facto* au second semestre 2021 et en 2022.

Par ailleurs, malgré les échanges en cours sur ce point avec le ministère de la santé, les capacités de traitement des dossiers par la Caisse des dépôts et consignations, en effectifs et en systèmes d'information, n'ont pas été adaptées à l'augmentation du nombre de dossiers à traiter au titre du Fmis. En février 2023, les délais de traitement par la Caisse des dépôts des demandes de remboursement des établissements de santé s'étaient allongés de cinq mois, ce qui pèse d'autant sur leur trésorerie.

La mise en œuvre de ces aides accuse un retard. Sur 652 M€ alloués au titre de 2021⁹⁷, 502 M€ ont été engagés par les ARS et 350 M€ remboursés aux hôpitaux et aux cliniques à fin 2022. Sur 650 M€ alloués au titre de 2022⁹⁸, 309 M€ ont été engagés par les ARS et 0,6 M€ seulement remboursés aux hôpitaux et aux cliniques à fin 2022.

⁹⁵ Instruction DGOS du 4 janvier 2021 relative aux crédits à l'investissement du quotidien des établissements de santé et à la réduction des inégalités de santé, dans le cadre du Ségur de la santé et du plan investir pour l'hôpital.

⁹⁶ *Ibid*, instruction DGOS du 4 janvier 2021, circulaires DGOS du 30 juin 2021 et du 15 avril 2022 relative à la première délégation des crédits du Fmis pour 2021 et 2022.

⁹⁷ Dont 500 M€ au titre du Ségur et le solde issu du premier plan de 2020-2021 pour aider l'investissement du quotidien (seconde tranche).

⁹⁸ *Idem*, 500 M€ au titre du Ségur et le solde issu du premier plan de 2020-2021 pour aider l'investissement du quotidien (troisième et dernière tranche).

À l'échelon national, les dépenses d'investissement courant des hôpitaux publics ont augmenté mais de manière hétérogène entre régions. Dans certaines régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire), elles ont progressé presque autant que les aides accordées. En revanche, une déperdition des aides s'observe dans d'autres régions. En outre-mer, les dépenses d'investissement ont à peine augmenté (98 M€ en 2019, 86 M€ en 2020, 115 M€ en 2021), malgré 55 M€ attribués en 2020 et à nouveau en 2021. En Corse, elles ont diminué de 27 M€ en 2019 à 18 M€ en 2021 malgré 12 M€ reçus en 2020 et à nouveau en 2021. De tels écarts s'expliquent par l'absence de conditionnalité des aides à une augmentation des dépenses d'investissement courant.

Il apparaît nécessaire de renforcer le suivi des aides aux investissements courants, par région, pour s'assurer de leur pleine mobilisation et pour mesurer les améliorations concrètes attendues sur les conditions de travail des personnels et d'accueil des patients.

B - Pour les investissements structurants, des taux d'aide réduits et mal corrélés à la situation financière des établissements, face à des coûts en hausse

À propos des deux précédents plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, la Cour avait estimé que « *La sélectivité insuffisante des opérations aidées, du fait notamment des multiples priorités définies par les pouvoirs publics qui se sont superposées sans procédure rigoureuse, a entraîné un gonflement de la part financée par l'emprunt* »⁹⁹. Ce scénario risque de se répéter avec l'actuelle relance de l'investissement hospitalier.

1 - Un taux d'aide moyen pour les investissements structurants équivalent au plan Hôpital 2007 et inférieur à celui d'Hôpital 2012

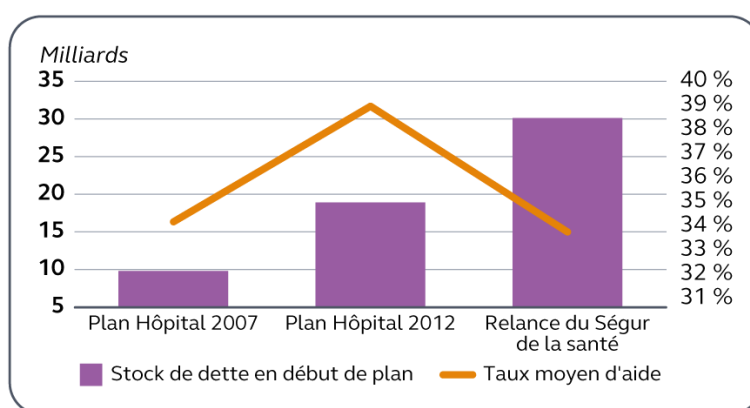
La première version de 2021 des stratégies régionales représente un montant potentiel de projets d'investissement de 27,2 Md€ TTC sur la période 2021-2029. En regard, le total des aides identifiées par les ARS atteint 9,2 Md€¹⁰⁰, issus des enveloppes d'aide aux projets structurants (5,5 Md€ procurés par la Cades, 1 Md€ par le PNRR), de l'enveloppe nationale pour aléas (1 Md€), du FIR (2,3 Md€), ainsi que d'aides des collectivités locales (0,4 Md€).

⁹⁹ Cour des comptes, *La dette des établissements publics de santé*, *ibid.*

¹⁰⁰ Rapport du Copil du Cnis du 29 septembre 2022.

À cette première étape, le taux d'aide moyen à l'échelle nationale s'établissait ainsi à 34 %, contre 34,4 % constaté *in fine* pour le plan Hôpital 2007 et 39 % pour Hôpital 2012, alors que dans le même temps le volume d'encours de dette a sensiblement augmenté (cf. graphique ci-après). Selon les régions, le taux moyen d'aide s'échelonnait entre 100 % en Guadeloupe et 19 % en Bretagne. Il atteint 40 % en Auvergne-Rhône-Alpes, 26 % en Île-de-France et 22 % en Nouvelle-Aquitaine.

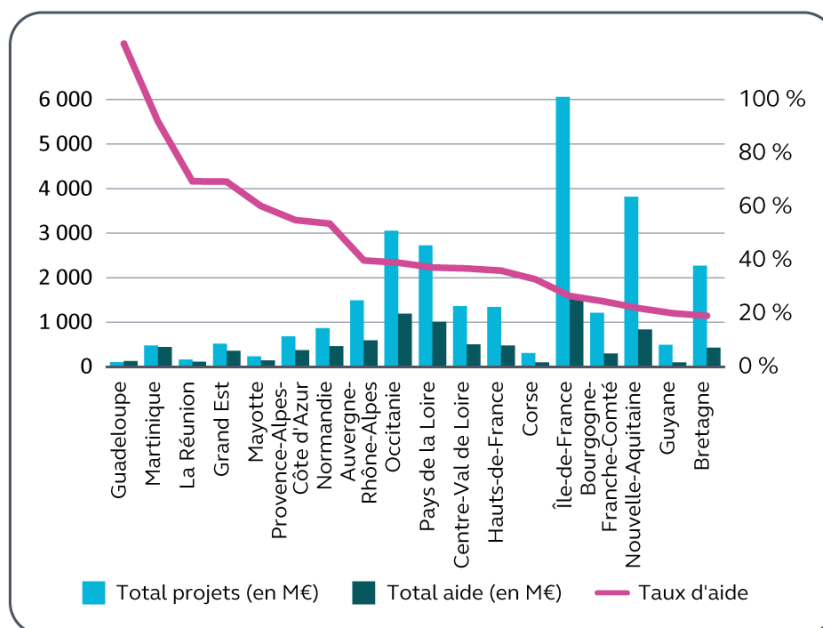
Graphique n° 10 : taux moyen d'aide des plans de relance d'investissement hospitalier rapporté à l'endettement des hôpitaux



Source : Cour des comptes

Depuis, plusieurs ARS se sont efforcées de prioriser les projets. L'ARS Bretagne a ainsi porté son taux moyen d'aide de 19 à 26 %, ce qui reste encore très faible. En outre, les ARS s'attachent à moduler les aides selon les projets et la situation financière des établissements, comme l'ARS Rhône-Alpes qui prévoit des taux d'aide allant jusqu'à 90 %.

Graphique n° 11 : taux moyen d'aide des projets par région dans la première version des stratégies régionales d'investissement, fin 2021



Source : DGOS, présentation Cour des comptes

La circulaire du 10 mars 2021 invitait les ARS à se rapprocher des collectivités territoriales qui pourraient souhaiter participer au financement¹⁰¹. Pour la Normandie, le taux d'aide s'élève en moyenne à 52 % grâce à d'importants concours du conseil régional (200 M€). D'autres conseils régionaux ont apporté des concours plus limités¹⁰².

¹⁰¹ La loi du 21 février 2022 a autorisé les collectivités territoriales à « *concourir volontairement au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés.* ».

¹⁰² Nouvelle-Aquitaine (60 M€), Occitanie (50 M€), PACA (19 M€).

La participation de la région Normandie aux projets hospitaliers

En Normandie, la stratégie d'investissement compte 59 projets (49 hôpitaux, 10 cliniques) d'un coût total estimé à 1 Md€. Le conseil régional a souhaité apporter un soutien financier de 200 M€, en complément de l'enveloppe d'aide aux investissements structurants de 255 M€.

Le pilotage opérationnel et financier de ces aides est fondé sur une convention de coopération, signée le 8 novembre 2021. L'articulation des aides de la région et de l'ARS a été décidée au cas par cas, pour un taux d'aide pouvant atteindre 80 % du coût du projet, comme pour la reconstruction de l'hôpital d'Alençon-Mamers (154 M€). Les projets des CHU de Caen et de Rouen bénéficient d'une aide nationale et, ponctuellement, d'une aide de la Région. Les aides régionales donneront lieu à une convention avec chaque établissement et à des remboursements sur présentation de justificatifs.

La Région met en exergue les exemples d'évolution de l'offre de soins de proximité, comme la reconstruction du CH de Risle à Pont-Audemer (28 M€ financés à 60 % par la région et l'ARS) qui s'accompagne de consultations avancées de spécialistes venant de l'hôpital du Havre. La proximité immédiate avec le pôle de santé libérale ambulatoire permettra aux médecins de ville de bénéficier d'un plateau technique regroupant urgences, imagerie, services de médecine et de court séjour gériatrique.

Pour la plupart des ARS, l'insuffisante sélection des projets à ce stade de l'élaboration des stratégies régionales conduit à reporter les arbitrages financiers à l'étape ultérieure de l'instruction, projet par projet.

2 - Des aides aux investissements sans lien avec l'endettement des hôpitaux publics porteurs de projets

Paradoxalement, dans la première version des stratégies régionales, les taux d'aide à l'investissement structurant pour les 246 projets supérieurs à 20 M€ apparaissent inversement proportionnels aux taux d'endettement des hôpitaux bénéficiaires comme relevé par le Copil du Cnis¹⁰³. Le taux d'aide moyen était ainsi de 38 % pour les hôpitaux dont l'endettement était inférieur à 30 %, alors qu'il s'établissait à seulement 30 % pour les hôpitaux dont l'endettement dépassait 50 %.

¹⁰³ Rapport du Copil du Cnis du 29 septembre 2022.

3 - Des surcoûts de construction qui tendent à abaisser le taux d'aide pour les projets sélectionnés

Déjà faible, le taux d'aide des projets sélectionnés pourrait décroître sous l'effet du renchérissement des coûts de construction depuis 2022 qui s'est répercuté sur les projets hospitaliers, ainsi que probablement sur le pouvoir de négociation des groupements de construction dans le contexte de relance de l'investissement hospitalier.

La conférence des directeurs de CHU a signalé un « *risque de dépassement des budgets accordés dans le cadre du Ségur investissement (...) avec le risque de remettre en cause certaines opérations pourtant indispensables* »¹⁰⁴. L'Anap a indiqué à la Cour un renchérissement estimé entre 10 % et 30 %, cohérent avec les projets présentés à la Cour (+ 5 % à + 25 % selon les prix au m² retenus initialement).

Le Grand hôpital de l'est francilien a ainsi supporté un surcoût maîtrisé de 5 % (8 M€) pour un projet à 170 M€. Pour l'hôpital d'Argenteuil, le surcoût atteint 12 % sur son projet revu à 396 M€¹⁰⁵. Le projet du CHU de Rennes de 827 M€ fin 2022 recouvre un renchérissement de 27 %, dont 12 % au titre de la révision des prix pour le marché signé et 15 % d'actualisation de l'index national du bâtiment. L'ARS La Réunion a sollicité l'appui du Csis en estimant que sa programmation était rendue caduque par le renchérissement des coûts de la construction.

L'Anap a été mandatée par la DGOS pour renforcer les outils de suivi du coût de la construction, notamment à l'aide de la base de données Oscimes¹⁰⁶, cogérée avec la conférence des directeurs généraux de CHU, qui recense 150 opérations d'investissement hospitalier. L'objectif est de fournir des données en temps réel sur l'évolution des coûts et des lignes directrices pour les négociations avec les groupements de construction.

¹⁰⁴ Lettre de la présidente de la conférence des directeurs généraux de CHU au ministère de la santé (DGOS) du 22 octobre 2022.

¹⁰⁵ Ajustement de 6,5 % du prix global tous travaux et rehaussement de 5,2 % du taux d'actualisation des prix.

¹⁰⁶ Observatoire des surfaces et des coûts immobiliers en établissement de santé. La base de données OSCIMES est accessible sur le site <https://privatedata.anap.fr>.

C - Un risque de nouvelle dérive de l'endettement des hôpitaux publics

Les hôpitaux publics ont abordé la relance de l'investissement hospitalier avec un endettement financier d'un montant (31 Md€ fin 2021) trois fois supérieur à ce qu'il était au début du plan Hôpital 2007 (12 Md€ en 2006). Selon les données analysées par le Copil du Cnis¹⁰⁷, près d'un tiers des hôpitaux porteurs de projets supérieurs à 20 M€ avait un taux d'endettement supérieur à 30 % et 20 % présentaient une CAF nette négative. Comme cela leur avait été demandé, les ARS ont coté le degré de risque des projets. Elles ont signalé un risque fort ou modéré de soutenabilité financière pour 31 % des projets supérieurs à 20 M€¹⁰⁸.

1 - Des stratégies régionales peu sensibles au risque d'impasse de financement des projets sélectionnés

La relance de l'investissement hospitalier s'est accompagnée de signalements pourtant répétés aux ARS sur l'enjeu de soutenabilité financière des projets et sur le risque de ré-endettement des hôpitaux publics. La circulaire du 10 mars 2021 les sensibilisait à la nécessité de « conforter l'expertise budgétaire et financière en associant le cas échéant la direction régionale des finances publiques aux instances [de concertation locale] et en sollicitant le comité de pilotage national pour obtenir un appui sur les projets les plus complexes ». L'instruction ministérielle du 2 juillet 2021 précisait que « les dotations viendront sécuriser le financement des volumes d'investissement déjà prévus ou prévisibles notamment par substitution à un recours à l'emprunt envisagé initialement »¹⁰⁹. L'instruction suivante du 21 juillet 2021 insistait encore sur l'enjeu pour les ARS de « s'assurer, dans le calcul du montant de cette dotation, de la soutenabilité des projets, afin de réduire l'effet accélérateur que de tels projets induisent sur l'endettement »¹¹⁰.

Malgré ce cadrage, le Copil du Cnis a estimé devoir émettre des alertes sur la soutenabilité financière de la moitié des dix-huit stratégies régionales d'investissement¹¹¹, en novembre 2021.

¹⁰⁷ Rapport du Copil du Cnis du 29 septembre 2022.

¹⁰⁸ Rapport du Copil du Cnis du 29 septembre 2022.

¹⁰⁹ *Ibid.*, note d'information DGOS, DGCS et CNSA du 2 juillet 2021.

¹¹⁰ Instruction DGOS du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier.

¹¹¹ Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Guyane et Mayotte.

Par la suite, l'instruction du 30 mars 2022 a opéré un nouveau recadrage financier et appelé les ARS à « *la priorisation des opérations qui doit permettre d'assurer un taux d'aide compatible avec la maîtrise de l'endettement des établissements* ». Il convenait de « *ne pas rouvrir un cycle d'investissement qui déboucherait sur un fort accroissement de la dette et pèserait sur la situation financière des établissements* »¹¹².

Lors du dialogue de gestion de décembre 2022 entre le Copil du Cnis et les ARS, la situation s'était dégradée. Le Copil du Cnis a adressé des alertes à dix des dix-huit ARS. Si certaines avaient aménagé leur programmation par « *re-priorisation ou rééchelonnement/phasage des projets au gré des instructions* » (cf. *supra*), d'autres au contraire sollicitaient un « *complément d'aide nationale pour assurer l'intégralité de leur programmation ou un message politique officiel pour procéder à la re-priorisation des projets déjà annoncés* »¹¹³.

Dans le cadre des missions qui lui sont imparties, le Copil du Cnis doit « *piloter la programmation budgétaire* ». Il lui revient d'exercer pleinement son rôle, y compris de manière directive, afin d'assurer la soutenabilité financière des stratégies régionales d'investissement. L'État ne doit pas couvrir des engagements pris par les ARS auprès des établissements de santé contraires aux instructions reçues sur la soutenabilité des stratégies d'investissement.

2 - Des mécanismes prudentiels inopérants devant les surcoûts constatés lors de l'instruction des projets

Les aides à l'investissement structurant ont fait l'objet d'un double mécanisme prudentiel. D'une part, alors que la totalité des aides (6,5 Md€) a été répartie à titre indicatif entre les ARS pour la période 2021-2029, seule une première tranche de 70 % (3,8 Md€) a été formellement notifiée par le ministère de la santé aux ARS pour la période 2021-2025¹¹⁴. La seconde tranche (2,7 Md€) pour 2026-2029 doit être notifiée en 2024.

D'autre part, la notification formelle s'est accompagnée d'une mise en réserve prudentielle de 5 % des aides (191 M€ pour la tranche 2021-2025). Le recours à ces mises en réserve sera étudié lors des points d'étape, fin 2024 et fin 2027. Ces aides en réserve seront, le cas échéant, mises à la disposition des ARS par un arrêté complémentaire.

¹¹² Instruction DGOS du 30 mars 2022 relative au déploiement des programmations régionales de projets d'investissement du plan de relance issu du Ségur de la santé.

¹¹³ Compte-rendu de la séance du Copil du Cnis du 26 janvier 2023.

¹¹⁴ Arrêté du 21 décembre 2021 relatif aux enveloppes régionales dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Ce double mécanisme devait permettre d'étaler les engagements financiers des ARS auprès des établissements. En réalité, les ARS ont préempté la totalité des aides qui leur ont été fléchées sur la période 2021-2029. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a même d'ores et déjà contractualisé avec les établissements de santé la réserve prudentielle de 5 % et les aides non affermiées de 2026-2029. En outre, le pourcentage de réserve de 5 % risque de s'avérer trop faible par rapport au renchérissement du coût de construction et aux sous-estimations initiales (cf. *supra*).

3 - Des exemples d'hôpitaux déjà surendettés dans une impasse de financement de leurs projets ou dont la situation financière serait fragilisée

Le CHU de Grenoble supportait un encours de dette de 378 M€ fin 2021 qui le plaçait en situation de surendettement au regard des trois critères réglementaires. Le CHU a présenté un projet d'investissement de 457 M€, soit 49 % de ses produits. Le Copil du Cnis a conditionné le projet à la « *détermination d'un niveau d'aide suffisant qui sera la condition de sa soutenabilité et de sa validation à l'étape 2* »¹¹⁵.

Le CHU a proposé, après concertation interne avec la commission médicale d'établissement, d'échelonner les travaux par tranche, en se limitant à une première phase de 367 M€ sur dix ans, financée par une aide à confirmer de 200 M€¹¹⁶. Malgré cela, il n'a pas été en mesure de finaliser un plan global de financement pluriannuel 2023-2032 : les simulations de trajectoires financières (septembre 2022) faisaient apparaître un endettement qui atteindrait 488 M€ en 2030, en prenant en compte la couverture de l'investissement courant. L'étude de soutenabilité du projet doit se poursuivre avec l'ARS et le Csis courant 2023.

Les hôpitaux de Saint Malo, de Dinan et de Cancale au sein du GHT Rance-Émeraude étaient aussi déjà surendettés en 2021. Leur projet était estimé à 445 M€ TTC en décembre 2022, reposant sur un emprunt de 225 M€ et une aide à l'investissement de 120 M€. Dans son avis du 15 décembre 2022, le Copil du Cnis a refusé ce projet, qui intégrait indûment la pérennisation d'une aide du plan Hôpital 2007 de 2,7 M€ par an, et qui reposait sur un recours à l'emprunt disproportionné au regard de la situation financière du GHT, qu'il a invité à revoir son projet.

¹¹⁵ Avis du Copil du Cnis du 21 octobre 2021.

¹¹⁶ Cette proposition a été soumise à l'ARS et au Copil du Cnis, le 6 janvier 2023.

Le CHU de Grenoble et le GHT Rance-Émeraude ont revu leur plan de financement. Mais leurs hypothèses optimistes de doublement voire de triplement de leur capacité d'autofinancement d'ici à dix ans restent à étayer et à être expertisées par le Copil du Cnis¹¹⁷.

Fin 2021, le CHU de Bordeaux présentait une situation financière saine au regard de l'endettement et du cycle d'exploitation. Elle résultait d'un faible investissement et, en corollaire, d'un taux élevé de vétusté (68 %), au dernier rang des CHU. Le plan de financement du projet, de 990 M€ sur 2021-2034, table sur une aide de 390 M€ (39 %), des cessions de 70 M€, un emprunt de 580 M€ et un autofinancement élevé : la capacité d'autofinancement (CAF) nette du budget principal progresserait de 26 M€ en 2021 à 36 M€ dès 2022 et jusqu'à 82 M€ en 2034.

Le Copil du Cnis a insisté sur l'impératif d'étayer la crédibilité de ces hypothèses dans son avis du 24 février 2022. Si la progression optimiste de l'autofinancement ne se réalisait pas, le CHU serait contraint d'augmenter ses emprunts, ce qui pourrait conduire à faire dérapier la durée de remboursement de sa dette.

La situation financière de l'Hôpital d'Argenteuil était également saine en termes d'endettement et de cycle d'exploitation. Depuis l'avis définitif favorable du Copil du Cnis, en octobre 2021, l'hôpital a été conduit à revoir entièrement ses perspectives financières¹¹⁸. Le coût du projet a été augmenté de 87 M€ au titre du renchérissement de la construction et l'autofinancement s'est dégradé à la suite de la crise sanitaire et des revalorisations salariales (- 31 M€ sur 2022-2035).

Le financement révisé comportait un renforcement de 13 M€ de l'optimisation des activités, un emprunt revu à la hausse de 71 M€ et une demande de rallonge d'aide de 32 M€ afin de maintenir à 34 % le taux d'aide du coût réévalué du projet. Ce faisant, l'endettement atteindrait un niveau très élevé de 60 % des produits. Ainsi, même avec une aide – non-acquise – révisée à la hausse, les projections financières du projet sont de nature à déstabiliser la situation financière de l'établissement.

¹¹⁷ Le CHU de Grenoble a revu à nouveau le financement de son projet, en juin 2023, fondé notamment sur une hypothèse de doublement de sa capacité d'autofinancement d'ici à 2033. Le GHT a revu son projet à la baisse, à 405 M€, mais en conservant des hypothèses sous-jacentes optimistes, notamment une CAF brute qui triplerait de 7 M€ en 2022 23,4 M€ en 2033).

¹¹⁸ Lors de la revue annuelle des projets d'investissement, 14 novembre 2022.

IV - Un processus de décision à redéfinir

La Cour avait relevé la difficulté de définir le dimensionnement des projets du plan Hôpital 2007 : « *plusieurs projets ont été revus à la hausse, alors même que l'établissement n'était pas en mesure de les financer. Dans d'autres cas, le dimensionnement des projets ne reposait pas sur une analyse prévisionnelle solide de l'évolution de l'activité ou ne prenait pas assez en compte la concurrence d'autres établissements* »¹¹⁹. Par la suite, le cadrage du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) prévoyait un dispositif d'examen de la performance de gestion de l'hôpital afin, le cas échéant, de s'assurer de sa capacité à supporter financièrement un projet d'investissement.

La circulaire du 10 mars 2021 a entendu accompagner « *les projets dans une logique de « marche en avant » en permettant de conforter ces choix au fil de l'avancée du projet, plutôt qu'à la fin de la phase d'études, comme cela avait été le cas dans le cadre de l'ancienne procédure Copermo* ». En conséquence, la validation des projets a été largement déconcentrée au niveau des ARS. Seuls les projets supérieurs à 150 M€ HT demeurent validés à l'échelon national, contre un seuil précédent de 50 M€ HT. Il revient donc aux ARS d'instruire et de valider 95 % des projets. Le conseil scientifique du Cnis et le Copil du Cnis se concentrent sur les 37 principaux projets, qui représentent 51 % des 27 Md€ de montant estimatif des investissements.

Le rôle maintenu du secrétariat général pour l'investissement public (SGPI)

En application du décret de 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics¹²⁰, le SGPI demeure, comme pour tout investissement public, compétent pour « *piloter une contre-expertise indépendante* » et rendre un avis pour les projets dont le montant dépasse 100 M€ HT. Depuis la relance de l'investissement hospitalier, le SGPI a ainsi conduit quatre contre-expertises de projets hospitaliers concernant le CHRU de Nancy (avis favorable sous réserves), et les hôpitaux de Tarbes-Lourdes (avis favorable), de Garches-Ambroise Paré (avis favorable) et d'Angers (avis à venir).

La circulaire du 10 mars 2021 mentionnait l'objectif de limiter le champ d'intervention de la contre-expertise indépendante aux seuls projets hospitaliers supérieurs à 150 M€. Le décret de 2013 n'a toutefois pas été modifié à date.

¹¹⁹ *Ibid*, Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers.

¹²⁰ Décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics.

A - Instruire des projets dans le respect de la procédure définie pour en garantir la qualité et la soutenabilité financière

Selon l'article 6 de la LFSS pour 2022, les échéanciers des contrats d'aide aux investissements structurants doivent impérativement prévoir des versements effectifs aux établissements avant le 31 décembre 2030.

La mise en œuvre progressive du plan comporte des délais incompressibles à une instruction approfondie de chaque projet selon les trois étapes de la procédure définie par le Csis. Elle prévoit un examen de l'opportunité médicale du projet et un bilan de la situation financière de l'établissement (étape 1), un approfondissement du programme de l'opération immobilière et de la soutenabilité financière à partir de l'analyse du PGFP sur dix ans (étape 2) et une validation finale sur le fondement d'un programme technique détaillé (étape 3). Ce phasage paraît particulièrement opportun.

Le Copil du Cnis a souligné le hiatus entre les prévisions des ARS de validation des trois quarts des projets d'ici fin 2023 et le fait que seuls 55 % d'entre eux avaient franchi la première étape de l'instruction en septembre 2022¹²¹. Ce calendrier ne paraît pas réaliste au regard du nombre de projets à instruire, de leur complexité et de la contrainte financière à traiter.

En tout état de cause, il convient d'éviter une instruction précipitée des projets qui affecterait la qualité de la dépense publique. À cet égard, la Cour avait regretté la conduite à marche forcée du plan Hôpital 2007¹²².

B - Mobiliser l'expertise de l'Anap et de la DGFIP

Au plan national, le Csis est formé de 21 professionnels (soignants, ingénieurs, directeurs d'hôpitaux, gestionnaires de projets des secteurs sanitaire et médico-social), mobilisés en marge de leur activité professionnelle et placés sous la présidence d'un praticien hospitalier nommé par le ministre de la santé¹²³.

¹²¹ Compte rendu du Copil du Cnis du 29 septembre 2022.

¹²² « Les ARH ont disposé de deux mois pour examiner les projets des établissements avant de les soumettre à l'arbitrage de la DHOS et du ministre de la santé. Ce calendrier était incompatible avec un examen rigoureux des projets, tant sur leur faisabilité que sur leur pertinence. Les modalités de sélection des projets ont été, de ce fait, très hétérogènes d'une ARH à l'autre (...) », Ibid., Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers.

¹²³ Circulaire interministérielle du 12 avril 2022 relative au fonctionnement du Csis.

En région, les ARS se sont attachées à renforcer leurs capacités d'expertise pour accompagner les établissements, par des vacations d'experts ou en recourant à des cabinets spécialisés dans le pilotage des projets de santé¹²⁴. Elles font face néanmoins à une contrainte de recrutement d'ingénieurs.

Le choix a été fait de rompre avec la procédure du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) et de ne pas solliciter l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) qui n'a pas été associée au début de la relance de l'investissement hospitalier. Elle dispose pourtant d'un réseau de cinq cents experts et finance des contrats de vacation d'experts. Depuis, à la demande de la DGOS, elle s'est mobilisée, aux côtés du conseil scientifique du Cnis, pour étudier l'impact des surcoûts de l'immobilier sur les projets d'investissement et sur le dimensionnement surfacique.

En tant qu'opérateur du ministère de la santé, l'Anap a vocation à être associée à la relance de l'investissement hospitalier. Les synergies avec le conseil scientifique du Cnis et les ARS sont à renforcer pour répondre aux besoins d'expertise des établissements pour la préparation de leurs projets.

Par ailleurs, la circulaire du 10 mars 2021 demandait aux ARS de conforter leur expertise financière en associant les directions régionales des finances publiques (DRFiP). Une telle association a d'autant plus de sens que les DRFiP doivent être consultées pour toute décision de recours à l'emprunt d'hôpitaux en situation de surendettement¹²⁵ et qu'elles participent aux comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé (Corevat) destinés à anticiper les tensions de trésorerie¹²⁶. Pourtant, les ARS n'ont guère associé les DRFiP à l'instruction des projets, sauf exception en Auvergne-Rhône-Alpes, où la DRFiP a réalisé des études sur la soutenabilité financière des investissements des hôpitaux de Vichy et de Vienne en 2022.

Pour les projets validés localement par les seules ARS, il n'y a pas d'équivalent à l'examen interministériel du SGPI ou du Copil du Cnis. La déconcentration de la décision devrait s'accompagner d'un examen collectif, incluant la DRFiP, de la soutenabilité financière des décisions d'investissement hospitalier qui engagent *in fine* l'État au plan financier. Ce

¹²⁴ L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a constitué une équipe de quatre personnes avec des profils de médecin, directeur d'hôpital et cadre administratif et des équipes territoriales immobilières placées auprès des GHT.

¹²⁵ Décret 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

¹²⁶ Circulaire DGOS/DSS/DGFiP du 14 septembre 2012 de mise en place des Corevat.

dispositif viendrait compléter celui du Corevat, en associant en tant que de besoin le directeur et le comptable de l'hôpital. Le rapport IGF-Igas sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé en 2020 préconisait une telle approche interministérielle locale. À l'échelon national, le Copil du Cnis pourrait être élargi à la DGFIP. En outre, il pourrait être utile de prévoir un avis motivé du comptable de l'hôpital sur la trajectoire financière de l'établissement et la soutenabilité financière du projet.

Une mobilisation pleine et entière des capacités d'expertise de l'État apparaît indispensable au regard de l'ampleur et de la complexité de la relance de l'investissement hospitalier, du nombre réduit d'experts du Csis, et de l'expertise dont disposent l'Anap et la DGFIP.

C - Finaliser les outils référentiels et les indicateurs de suivi

Le conseil scientifique du Cnis a élaboré dix outils d'analyse des projets hospitaliers sur la quinzaine prévue. En analyse financière, il a repris les indicateurs de soutenabilité du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo), notamment la CAF brute et la CAF nette. Un travail en cours entre experts de l'Anap et du Csis vise à définir d'ici fin 2023 un outil de modélisation financière pour l'élaboration des PGFP.

Concernant l'analyse de la pertinence médicale des projets, le conseil scientifique du Cnis et l'Anap travaillent sur une nouvelle version de l'outil Aelipce de calcul du dimensionnement des capacités dans une logique post crise sanitaire. L'objectif est de substituer aux cibles nationales de lits et places, des cibles définies localement à partir de référentiels communs.

Par ailleurs, la loi a prévu un rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement sur l'utilisation des 13 Md€ de concours aux hôpitaux issus de la Cades¹²⁷. La Cour avait relevé l'absence de dispositif de suivi du plan Hôpital 2007 qui n'avait pas permis d'en tirer le bilan¹²⁸.

¹²⁷ Le « rapport dresse la liste des établissements bénéficiaires de cette dotation et du montant qui leur est versé », LFSS pour 2022 (art. 6).

¹²⁸ « Aucun indicateur n'avait été fixé pour apprécier la réalisation des objectifs du plan. Les avenants signés entre les ARH et les établissements publics de santé ne comportaient pas d'objectifs contractualisés permettant d'évaluer l'impact du plan. (...) Cette absence d'indicateurs a ensuite rendu plus difficile l'établissement d'un bilan provisoire. Elle a sans doute contribué à justifier le recours à un prestataire de service, d'un coût conséquent, pour évaluer les effets du plan. » Ibid., Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers.

Le ministère de la santé avait esquissé la préparation d'un dispositif de suivi dès le début du « Ségur investissement », en juillet 2021¹²⁹. Le Copil du Cnis a ensuite sollicité les ARS au printemps 2022 pour formuler des propositions d'indicateurs. La DGOS indiquait que les premiers indicateurs de suivi étaient en cours de complétude en juin 2023¹³⁰.

Près de deux ans après la relance de l'investissement hospitalier, une partie seulement des outils référentiels prévus sont réalisés, tandis que les grilles d'indicateurs ne sont pas encore finalisées. Ces dispositifs nationaux sont pourtant les pendants indispensables de la gestion déconcentrée de la relance de l'investissement afin d'en assurer un pilotage homogène fondé sur des indicateurs intermédiaires. En toute logique, ils auraient dû être mis en place en amont de l'instruction des projets afin de donner un cadre de référence aux ARS et aux établissements porteurs de projets, mais aussi au Copil du Cnis, pour améliorer et homogénéiser le pilotage des stratégies régionales d'investissement.

D - Procéder à un réexamen indispensable du contenu et du calendrier de réalisation des projets

Dans l'instruction des premiers projets à l'échelon national, le conseil scientifique du Cnis a fait prévaloir l'avis en opportunité médicale, indépendamment des surcoûts financiers pour les hôpitaux. Plusieurs projets, comme ceux des CHU de Grenoble et de Bordeaux, ont été réévalués pour regrouper des services et faciliter le parcours de soins des patients. Le SGPI avait également fait prévaloir la cohérence médicale du projet de l'hôpital d'Argenteuil (2019), malgré un important surcoût financier.

La traduction sur l'évolution des lits et des places des hôpitaux des premiers projets validés par le Copil du Cnis s'est cependant avérée hétérogène selon les hôpitaux. Tous ont poursuivi le virage ambulatoire, qui transforme des lits en places. En revanche, l'évolution du nombre total de lits et places avant et après projet diffère selon les établissements. Certains projets recouvrent une diminution de capacité d'accueil, comme pour l'hôpital d'Argenteuil (- 10 %). D'autres conduisent au contraire à des hausses de capacités comme pour le CHU de Rennes qui anticipe une augmentation de son bassin de population (+ 11 %).

¹²⁹ *Ibid*, note d'information DGOS, DGCS et CNSA du 2 juillet 2021.

¹³⁰ Étaient envisagés par exemple le nombre de personnes bénéficiant d'un service modernisé à partir du bassin de recrutement d'un hôpital, le nombre de mises en conformité aux normes de sécurité, les actions d'amélioration du clos et couvert, le nombre de chambres transformées de deux à un lit.

Ces évolutions divergentes soulignent le besoin d'aboutir à un cadre de référence commun pour assurer une instruction homogène et cohérente des projets d'investissement au niveau national comme local.

En tout état de cause, le risque de dégradation de l'endettement financier des hôpitaux porteurs de projets impose une sélectivité accrue des investissements et une réalisation plus étalée dans le temps. Cette appréciation plus stricte au regard des capacités de financement devrait concerner, outre les projets en cours d'instruction, des projets déjà validés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En l'absence d'un pilotage interministériel solide et efficace, la relance de l'investissement hospitalier est menacée d'échec.

Compte tenu du nombre élevé de projets sélectionnés, du renchérissement des estimations (inflation, surcoûts de construction, hausse des taux d'intérêt) et des taux limités d'aide fréquemment prévus, les hôpitaux seraient de nouveau contraints de recourir à l'emprunt, au risque de dégrader encore leur situation financière, malgré l'enveloppe de 9 Md€ consacrée au soutien à l'investissement.

De nombreux établissements ont établi des plans de financement fondés sur des hypothèses d'exploitation volontaristes et dont le réalisme à moyen terme est sujet à caution. S'ils étaient validés en l'état, nul doute que de nouvelles aides exceptionnelles de restauration de leurs capacités financières (cf. supra chapitre II), devraient être à considérer dans quelques années. L'endettement d'autres établissements, déjà trop élevé, progresserait dans des proportions insoutenables à court-terme. Certains paraissent même engagés dans une impasse, leur surendettement devant leur interdire l'accès à un financement bancaire pour leur projet.

À ce stade de la relance de l'investissement hospitalier, il importe désormais de prendre la mesure des difficultés de montage des plans de financement et de la probabilité de nouvelle dérive de l'endettement des hôpitaux, malgré l'enveloppe de 6,5 Md€ consacrée à leur désendettement.

Le processus de sélection des projets aidés au plan national comme régional doit être repris en main et redéfini afin de consacrer un temps suffisant à leur instruction, mobiliser les ressources en expertise disponibles (Anap et DGFIP) et finaliser les modalités de suivi financier des opérations aidées. Des décisions sont à prendre afin de prioriser les aides sur une sélection mieux ciblée de projets ou pour étaler leur mise en œuvre.

La Cour formule donc les recommandations suivantes.

En ce qui concerne les hôpitaux publics pour lesquels il est envisagé un projet d'investissement structurant financé en partie par les 7,5 Md€ d'aide alloués par le Ségur de la santé :

- 4. évaluer de manière approfondie, avant toute décision définitive sur le projet et sur le montant de l'aide, l'opportunité du projet en termes d'offre de soins, la qualité de la proposition technique, la robustesse de l'estimation financière du projet, ainsi que la soutenabilité financière de l'investissement (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*

5. *renforcer l'expertise des projets, notamment de ceux qui ne sont pas examinés à l'échelon national, en associant l'Anap à l'évaluation de leurs modalités techniques et les DRFiP à l'examen de leur soutenabilité financière (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
6. *prioriser ou étaler dans le temps la mise en œuvre des projets, y compris ceux déjà validés, au regard de la capacité des hôpitaux publics concernés à les réaliser sans augmentation structurelle de leur endettement financier (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*

En ce qui concerne le pilotage central de cette politique de relance de l'investissement hospitalier :

7. *fixer les modalités d'interruption du versement des aides à l'investissement qui arrivent à échéance à partir de 2023 (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
8. *intégrer au prochain PLFSS une disposition visant à lever le terme de 2030 prévu pour le versement des aides aux investissements structurants (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
9. *achever la mise en place d'outils référentiels et d'indicateurs de suivi ; agréger ces indicateurs à l'échelle nationale dans le rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de ces financements prévu par l'article 6 de la LFSS pour 2022 (ministère de la santé et de la prévention).*

Conclusion générale

La crise sanitaire a joué un rôle d'accélérateur et de révélateur de la crise profonde qui affecte le modèle de l'hôpital public en France.

L'activité n'a, pour la plupart des établissements, repris qu'à un rythme ralenti, et tend à changer de nature avec le développement de l'ambulatoire.

Pendant la crise, le personnel soignant s'est fortement mobilisé, accumulant heures supplémentaires et reports de congés. Les établissements ont subi par la suite le contrecoup de cette mobilisation. Malgré une progression générale des effectifs employés, des difficultés de recrutement concentrées sur certains personnels, notamment soignants non-médicaux, contraignent des établissements à fermer des lits et des blocs opératoires et à limiter l'activité la nuit.

La situation financière d'un tiers des hôpitaux publics s'est dégradée à tel point qu'ils sont contraints de réduire leurs investissements, au prix d'une vétusté croissante de leurs bâtiments et de leurs équipements. Nombre d'hôpitaux n'assurent leur équilibre financier que grâce à des subventions d'investissement reconductibles, devenues déconnectées des projets qui les ont justifiées en leur temps, ou de subventions versées au coup par coup pour préserver leur continuité de service, indépendamment de leur activité et sans perspective de rétablissement durable et structuré, dans le cadre d'une stratégie régionale d'offre de soins.

Le Ségur de la santé a permis une mobilisation de moyens financiers exceptionnels. Toutefois, ceux-ci ont été versés sans objectif clair, ni méthode solidement étayée et adaptée à la situation particulière de chaque hôpital.

L'objectif de restauration des capacités financières n'est ainsi pas acquis, malgré les moyens considérables alloués, en raison d'une sélectivité insuffisante des aides et de l'absence de réelles contreparties demandées aux hôpitaux bénéficiaires. Les montants versés permettent de conforter de nombreux hôpitaux sans apporter de solution pérenne à ceux dont la situation financière est la plus dégradée.

Concernant le soutien à l'investissement, le nombre élevé de projets sélectionnés et l'ampleur des programmes engagés paraissent devoir se traduire, en l'état actuel des décisions prises, par une nouvelle dérive de l'endettement des hôpitaux publics qui fragilisera encore davantage leur situation financière, malgré les montants importants d'aides engagés. La relance de l'investissement hospitalier n'a en outre pas permis, jusqu'à présent, d'assurer une restructuration indispensable de l'offre hospitalière, dans un cadre régional de gradation des soins, et selon des objectifs de qualité et de sécurité des soins.

La Cour estime donc urgent, dans son bilan d'étape de la mise en œuvre du Ségur de la santé, de procéder à un recadrage indispensable dans l'allocation des aides, en s'assurant au cas par cas de l'opportunité des investissements envisagés et de leur efficacité, dans le cadre d'un suivi rigoureux conduit de façon interministérielle. À enveloppe d'aide aux investissements structurants donnée, il est indispensable de revoir la stratégie de programmation, en priorisant les projets, en étalant leur réalisation dans le temps et en assurant un suivi déconcentré des réalisations, s'appuyant sur toutes les expertises publiques et appliqué selon des principes communs.

Liste des abréviations

ATIH.....	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Anap.....	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP.....	Assistance Publique des hôpitaux de Paris
AP-HM.....	Assistance Publique des hôpitaux de Marseille
ARS.....	Agence régionale de santé
Cades.....	Caisse d'amortissement de la dette sociale
Caf.....	Capacité d'autofinancement
CDC.....	Caisse des dépôts et consignations
CLCC.....	Centres de lutte contre le cancer
CHG.....	Centres hospitaliers généraux
CHS.....	Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
CHU.....	Centres hospitaliers universitaires
CME.....	Commission médicale d'établissement
Cnam.....	Caisse nationale d'assurance maladie
Cnis.....	Conseil national de l'investissement en santé
Csis.....	Conseil scientifique de l'investissement en santé
Copermo.....	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
Corevat.....	Comités de régionaux de veille active sur la situation de trésorerie
Cpam.....	Caisses primaires d'assurance maladie
CPTS.....	Communautés professionnelles des territoires de santé
DGFIP.....	Direction générale des finances publiques du ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et de la prévention
Drees.....	Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé et de la prévention
DRFiP.....	Directions régionales des finances publiques

DSS.....	Direction de la Sécurité sociale du ministère de la santé et de la prévention
Espic	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
Fir.....	Fonds d'intervention régional
FMESPP.....	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
Fmis	Fonds pour la modernisation et l'investissement santé
GHEF	Grand hôpital de l'Est francilien
GHT	Groupements hospitaliers de territoires
HAD.....	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices civils de Lyon
HLP.....	Hôpitaux locaux et de proximité
Hus.....	Hôpitaux universitaires de Strasbourg
IBODE	Infirmiers de bloc opératoire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF.....	Inspection générale des finances
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
Migac	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
MRCDP	Missions régionales de conseil aux décideurs publics
Ondam.....	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OSCIMES	Observatoire des surfaces et des coûts immobiliers en établissement de santé
PGFP.....	Plan global de financement pluriannuel
PNRR.....	Plan national de relance et de résilience SSR
SGPI.....	Secrétariat général pour l'investissement public
SSR.....	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unité de soin de longue durée

Annexes

Annexe n° 1 : évolution du nombre d'hôpitaux publics analysés entre 2018 et 2021	110
Annexe n° 2 : exemples de projets portés par des hôpitaux publics	112
Annexe n° 3 : répartition des aides aux investissements par ARS	114
Annexe n° 4 : liste des hôpitaux bénéficiaires de l'enveloppe de 1Md€ pour aléas.....	115
Annexe n° 5 : les priorités de la politique d'investissement dans les territoires.....	116

Annexe n° 1 : évolution du nombre d'hôpitaux publics analysés entre 2018 et 2021

Tableau n° 10 : évolution du nombre d'hôpitaux publics

	2018	2019	2020	2021
Structures juridiques (Finess)	845	834	821	815
Ouvertures		+ 4	+ 3	+ 2
Fermetures		- 11	- 20	- 8
Défauts de transmission		- 4	+ 4	0

Source : Cour des comptes à partir de la base de données de la DGFIP

Fusions et restructurations

1^{er} juin 2021

- Fusion des établissements du Groupe Hospitalier Nord Vienne dans le CHRU de Poitiers (86)

1^{er} janvier 2021

- Fusion du CH de Modane avec le CH de Saint-Jean-de-Maurienne qui deviennent le Centre Hospitalier de la Vallée de la Maurienne (CHVM) (73)
- Fusion du CH de Nérès-Les-Bains avec le CH de Montluçon (03)
- Fusion du CH de Forcalquier et du CH de Banon (qui devient EHPAD) avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Manosque (04)
- Fusion du CH de Châteauneuf avec le Centre Hospitalier de Grand Cognac (16)
- Fusion du CH de Saint-Symphorien-sur-Coise, du CH de Chazelles-sur-Lyon et du CH de Saint-Laurent-de-Chamousset qui se transforment en Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais (69)
- Fusion du CH de Pélussin avec le CH de Saint-Pierre-de-Bœuf

1^{er} janvier 2020

- Fusion des CH de Fumay, Sedan, Nouzonville et Charleville-Mézières dans le CHI Nord Ardennes (08)
- Fusion du CH de Voiron dans le CHRU de Grenoble (38)
- Fusion de l'hôpital Saint-Nicolas d'Angers dans le CHRU (49)
- Fusion du CH de Gray avec le CH de Vesoul (70)
- Fusion du CH de La Clayette avec le CH de Paray-le-Monial (71)
- Fusion de l'hôpital local de Bonnetable et de l'hôpital local de Sillé-le-Guillaume dans le pôle hospitalier et gériatrique Nord Sarthe à Beaumont-sur-Sarthe (72)
- Fusion de l'hôpital de Grandris avec l'hôpital du nord-ouest de Tarare (69)

1^{er} mars 2019

- Fusion du CH de Jouarre avec le groupe hospitalier de l'Est Francilien (77)

1^{er} janvier 2019

- Fusion du pôle gériatrique de Morcenx avec le CH de Mont-de-Marsan (47)
- Fusion du CH de Tramayes avec le CH de Cluny (71)
- Fermeture de l'hôpital de Rambervillers (88)
- Fusion du CHS Perray-Vaucluse (91), de l'EPS Maison-Blanche (75), et du CHS Sainte-Anne (75) dans le GHU Paris psychiatrie & neurosciences (75)

Annexe n° 2 : exemples de projets portés par des hôpitaux publics

1/ Le plateau technique mutualisé du futur GHT Rance-Émeraude

Les trois hôpitaux publics de Saint Malo, Dinan et Cancale regroupés au sein du GHT Rance-Émeraude ont projeté la construction d'un plateau technique unique et de maintenir des offres de proximité dans les centres ville. L'analyse préalable du projet identifie des besoins accrus liés à une population âgée et en augmentation (bassin de 300 000 habitants). L'activité de l'hôpital de Saint-Malo a progressé de 26 988 séjours en 2019 à 34 507 séjours en 2021 (+ 28 %). Le GHT identifie un non-recours aux soins à laquelle il entend remédier et un taux de fuite vers les établissements de Rennes difficile à appréhender.

2/ La rénovation du CHU de Grenoble

Le CHU de Grenoble comprend principalement un immeuble de grande hauteur de 14 étages (tour Michallon) avec des activités éclatées par étages, y compris pour les consultations régulières. Entre autres exemples, le service de dialyse est installé au dernier étage avec des contraintes d'accessibilité en dépit du caractère régulier de la venue des patients, d'installation d'équipement technique de pointe pour purifier l'eau et le nécessité de deux pompes à eau relais pour faire monter l'eau à un étage aussi élevé. Certaines unités ne comptent qu'une douche pour 20 lits, parfois en attente de rénovation.

Le CHU a récemment mené deux projets de rénovation aidés par l'ex-comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo), l'un de nouveau plateau interventionnel, l'autre en cours de réalisation de regroupement des réanimations et urgences.

Plutôt que de prévoir une rénovation en site occupé, le Csis a orienté le CHU vers la construction d'un nouveau bâtiment de sept niveaux et d'un réaménagement des étages inférieurs de la tour Michallon. L'objectif est de structurer les activités par type de flux pour rapprocher les secteurs d'activité à flux élevés au plus près des bâtiments dans les étages bas, suivant l'expérience de la crise covid 19, et de créer des unités de 30 lits, contre 15 actuellement pour optimiser l'organisation. Le CHU envisage de regrouper des services sur des sites éclatés dans les étages haut libérés.

3/ La rénovation du CHU de Bordeaux

Le CHU de Bordeaux est classé au dernier rang des CHU en termes de taux de vétusté (avec pour conséquences au quotidien des fuites d'eau, des canalisations qui cassent et des problèmes de sécurité).

Comme à Grenoble, le projet du site de Pellegrin (Tripode construit en 1978) a été revu en lien avec le Csis qui a poussé à densifier une construction neuve des Nouvelles Barres Nord (NBN), rehaussée de deux à cinq étages (la surface est portée de 38 700 m² à 76 500 m²), en complément de la modernisation de l'immeuble de grande hauteur Pellegrin.

Le projet vise notamment à regrouper les soins critiques et les blocs opératoires dans les NBN, à répartir des services de consultations externes et d'ambulatoire dans deux unités facilitant les parcours patients courts (bâtiment ambulatoire-NBN et niveaux bas du tripode), ainsi qu'à affecter des étages désaffectés à des locaux tertiaires et de recherche, au pôle de santé publique, ainsi qu'à des réserves foncières pouvant servir pour des opérations « en tiroir ».

4/ La transformation de l'hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil

L'hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil a engagé une évolution de sa structure pavillonnaire vers un monobloc, en 2008. Il a été interrompu en raison de difficultés financières.

La reprise du projet en 2018 a donné lieu à une contre-expertise du SGPI en 2019 qui a invité à une plus grande ambition quant au regroupement des activités ambulatoires et des fonctions logistiques (avis du SGPI du 5 novembre 2019).

Le projet initial comportait une implantation des services jugée inadaptée, notamment des urgences dispersées sur deux niveaux, une imagerie sur trois niveaux avec un scanner interventionnel hors plateau interventionnel, une segmentation des consultations et des explorations ne permettant pas la mutualisation attendue et générant des flux verticaux inadaptés, une unité chirurgicale sans possibilité de circuit court, l'USIC et les salles de cardiologie interventionnelle sans liaison verticale directe avec les urgences et une logistique médico-technique dans un laboratoire séparé sans logistique robotisée. Le projet a été entièrement remanié avec une nouvelle équipe d'assistance à maîtrise d'ouvrage et prévoit désormais de rassembler dans un seul bâtiment les services de médecine, chirurgie, obstétrique, les services de soins de suite et de réadaptation, les services médicotechniques, logistiques et administratifs, ce qui doit permettre de simplifier le phasage de la réalisation du projet et de préserver le potentiel des parkings pendant les travaux.

Annexe n° 3 : répartition des aides aux investissements par ARS

<i>en M€</i>	Aide aux investissements structurants (Cades et PNRR)	en %	Enveloppe nationale pour aléas	en %	Aide aux investissements courants (PNRR)	en %	Total	en %
<i>Auvergne-Rhône-Alpes</i>	534	8 %	85	9 %	178,6	12 %	797	9 %
<i>Bourgogne-Franche-Comté</i>	201	3 %	4	0 %	63,4	4 %	269	3 %
<i>Bretagne</i>	416	6 %	35	4 %	73,7	5 %	525	6 %
<i>Centre-Val de Loire</i>	248	4 %	60	6 %	55,0	4 %	363	4 %
<i>Corse</i>	82	1 %	-	0 %	7,0	0 %	89	1 %
<i>Grand Est</i>	304	5 %	164	16 %	124,0	8 %	592	7 %
<i>Hauts-de-France</i>	482	7 %	-	0 %	133,7	9 %	616	7 %
<i>Île-de-France</i>	1 160	18 %	177	18 %	278,8	19 %	1 615	18 %
<i>Normandie</i>	255	4 %	50	5 %	73,1	5 %	378	4 %
<i>Nouvelle-Aquitaine</i>	684	11 %	61	6 %	133,3	9 %	878	10 %
<i>Occitanie</i>	678	10 %	134	13 %	131,2	9 %	943	10 %
<i>Pays de la Loire</i>	414	6 %	160	16 %	81,5	5 %	656	7 %
<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	333	5 %	70	7 %	115,2	8 %	518	6 %
<i>Guadeloupe</i>	98	2 %	-	0 %	10,2	1 %	108	1 %
<i>Martinique</i>	364	6 %	-	0 %	9,2	1 %	373	4 %
<i>Guyane</i>	99	2 %	-	0 %	6,2	0 %	105	1 %
<i>La Réunion</i>	110	2 %	-	0 %	19,7	1 %	130	1 %
<i>Mayotte</i>	33	1 %	-	0 %	6,1	0 %	39	0 %
<i>SPM</i>	5	0 %	-	0 %	0,1	0 %	5	0 %
Total	6 500	100 %	1 000	100 %	1 500	100 %	9 000	100 %

Annexe n° 4 : liste des hôpitaux bénéficiaires de l'enveloppe de 1 Md€ pour aléas

Hôpitaux bénéficiaires	Montant alloué (en M€)
CHU Nancy - Nouvel hôpital (2)	110,0
CHU Nantes - Reconstruction (1) (2)	110,0
GHT intercommunal Le Raincy-Montfermeil - Reconstruction (2)	100,0
CHU Grenoble - Modernisation de la tour Michallon du site nord (1) (2)	85,0
AP-HM Marseille - Modernisation	70,0
Hôpital de Tarbes et de Lourdes - Construction d'un hôpital commun (1) (2)	64,0
CHU Tours - Restructuration par regroupement des activités cliniques (1) (2)	60,0
CH d'Auch - Reconstruction (1) (2)	55,0
CHU Reims - Reconstruction du court séjour adulte	50,0
CHU Caen - Regroupement sur le site de la Côte de Nacre de l'ensemble des activités MCO	50,0
Hôpital de Laval - Modernisation des urgences et de la réanimation (1)	50,0
AP-HP Paris - Plan d'investissement (1) (2)	47,0
CHU Bordeaux - Modernisation (1) (2)	41,0
Hôpital de Ville Evrard - Reconversion du site de Neuilly-sur-Marne (1) (2)	20,7
CHU Rennes - Regroupement et reconstruction des activités MCO (1) (2)	20,0
Hôpital de Pau - Restructuration (1)	20,0
CHU Brest - Reconstruction de l'hôpital psychiatrique de Bohars (1) (2)	15,0
CHU Nîmes - Extension du bâtiment de l'Institut de Cancérologie du Gard (1)	15,0
Hôpital intercommunal André Grégoire de Montreuil - Modernisation	5,0
Hôpital de Cosne-Cours-sur-Loire - Modernisation (1)	4,0
GHT Sélestat-Obernai - Modernisation du site sélestadien	4,0
Hôpital de Gonesse - Plan Val d'Oise	2,8
GHT Carnelle Portes de l'Oise - Plan Val d'Oise (1)	1,4
Total	999,9

Source : arrêté du 3 juin 2022 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2021 relatif aux enveloppes régionales dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé.

Annexe n° 5 : les priorités de la politique d'investissement dans les territoires

Les priorités thématiques assignées aux stratégies régionales d'investissements ont été fixées par la note d'information DGOS, DGCS et CNSA du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir, en application de la circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021.

Structuration de l'offre de soins :

- Territorialisation, transformation et décloisonnement de l'offre. Cet objectif comporte notamment tous les sujets de transformation de l'offre de soins, avec l'orientation, au-delà de la seule modernisation des infrastructures hospitalières, d'un projet médical de territoire intégrant l'ensemble des prises en charges, avec une gradation des soins, une gestion des flux et de l'aval hospitalier, une concentration des plateaux techniques lourds, une proximité organisée, un décloisonnement ville/hôpital/médico-social. Les projets de territoire hybrides ville/médico-social/hôpital seront recherchés ;
- Réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement, en sus des enveloppes de réduction des inégalités de santé déléguées dans le cadre des investissements courants ;
- Soins non programmés ;
- Soins critiques ;
- Innovation : prise en compte de l'innovation dans les investissements, afin d'appuyer l'évolution des pratiques et des prises en charge, de soutenir et contribuer à favoriser la recherche clinique ou les outils/équipements concourant aux parcours de formation continue ;
- Télé-soins.

Santé publique et de soutien à l'autonomie :

- Psychiatrie et santé mentale ;
- Plan cancer ;
- Prise en charge des maladies chroniques ;
- Personnes âgées ;
- Soins palliatifs et fin de vie ;
- Handicap.

Développement durable :

Réduction de la trace environnementale de l'offre de soins dans ses différentes dimensions et prise en compte des contraintes écologiques et sociales de long terme.