

## Contexte

La Mission de contrôle de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée souhaite auditionner les représentants de l'hospitalisation à but non lucratif sur le thème du financement des investissements et de la dette des hôpitaux.

La mission a pour président Monsieur Pierre Morange et pour rapporteur Madame Gisèle Biémouret. Les premières auditions ont porté sur l'endettement des hôpitaux et sur la question des emprunts toxiques. Elles ont permis de constater la nécessité d'analyser les besoins d'investissement des hôpitaux pour éviter les phénomènes de « *stop and go* » qui ont conduit à un endettement massif avec la souscription de produits financiers trop risqués.

Si la problématique des établissements à but non lucratif peut être assez différente de celle des hôpitaux publics, notamment en termes de volume d'exposition aux emprunts toxiques avec des ordres de grandeur très différents, la MECSS souhaite notamment pouvoir comparer les différentes manières de gérer l'immobilier. La mission souhaite également disposer de l'analyse de la FEHAP sur la tarification actuelle des établissements. Est-elle adaptée pour dégager une capacité d'autofinancement suffisante pour que les hôpitaux puissent financer au moins les investissements courants?

## Le point sur l'endettement et les emprunts toxiques des établissements sanitaires qui adhèrent à la FEHAP

Fin décembre 2012, l'encours total de la dette des établissements de santé privés non lucratifs qui adhèrent à la FEHAP représente près de 1,6 milliard d'euros. Dans ce cadre, les produits sophistiqués ou structurés qui concerneraient des adhérents privés non lucratifs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux ne représentent qu'une centaine de millions d'euros (source Dexia, 2009, et dont une part a déjà fait l'objet de renégociations).

Pour en revenir à l'encours total de la dette de 1,6 milliard d'euros, il pèse 28% des produits totaux cumulés et augmente chaque année : +3% entre 2010 et 2011, +5% entre 2011 et 2012.

En 2011 et 2012, le taux de dépendance financière se maintient autour de 36% pour les établissements FEHAP ayant une activité MCO seule, et 15 % pour les établissements sous Dotation Annuelle de Financement (DAF). Ces niveaux peuvent être considérés comme sains, compte tenu du seuil à ne pas dépasser généralement admis de 50%, mais quelques établissements de la FEHAP connaissent de fortes difficultés (confer infra).

Outre ce dernier ratio, les autres repères établis pour autoriser les établissements publics de santé à emprunter sont également de bons indicateurs des seuils garants de l'équilibre global à maintenir entre les cycles financier et d'exploitation courante :

- le poids médian de la dette sur le total des produits ne devrait pas excéder 30%. En 2011 et 2012, il est respectivement de 13 et 16% pour les établissements PNL MCO, lorsque l'IGAS annonce un taux de 39% en 2011 pour les établissements publics.
- Le seuil de la durée apparente de la dette est fixé à 10 années. Fin 2012, elle est bien en deçà pour les établissements PNL : 1,2 an en MCO et 0,3 année pour les structures sous DAF. L'IGAS annonçait une durée moyenne de 6,1 années pour les établissements publics.

Les conséquences de la dette sur l'exploitation sont également absorbées de manière globalement équilibrée par les établissements PNL, puisque le poids des intérêts financiers sur les produits totaux est inférieur à 0,50% (en médiane), pour toutes les activités sanitaires.

Fin 2012, l'endettement des établissements privés non lucratifs qui adhèrent à la FEHAP semble donc globalement maîtrisé, compte tenu des informations disponibles.

**Plus spécifiquement sur les emprunts structurés**, dits « toxiques », les éléments relatifs aux emprunts distribués par Dexia Crédit local (DCL), de 1995 à 2009, et encore en exercice début 2010 ont été largement diffusés et sont donc repris dans cette note, pour ce qui concerne les établissements qui adhèrent à la FEHAP.

20 organismes gestionnaires adhérents avaient contracté de tels emprunts. Certains regroupent plusieurs établissements, de telle sorte que 27 structures adhérentes sont concernées :

- 18 établissements exclusivement sous DAF (DAF)
- 2 établissements pluriactivités à dominante SSR ou psychiatrie (mixte-DAF)
- 5 établissements pluriactivités à dominante MCO (mixte-MCO)
- 2 établissements exclusivement MCO (MCO)

Pour ces établissements, l'évolution de la situation financière, et plus particulièrement vis-à-vis de l'endettement, est plus préoccupante :

Fin 2012, le taux de dépendance financière atteint plus de 70% pour les deux établissements MCO et 55% pour les 18 établissements sous DAF alors qu'il est d'environ 17% pour les structures non concernées par ces emprunts.

En tendance, le poids médian de la dette de ces 27 structures baisse, mais reste largement supérieur aux poids médians observés pour l'ensemble des adhérents sanitaires, voire supérieur au seuil admis de 30% : 22% (mixte-DAF), 36% (DAF), 41% (MCO), 46% (mixte-MCO).

Enfin, la durée apparente de la dette se réduit d'environ 3 ans par an entre 2010 et 2012 et revient à des niveaux plus acceptables fin 2012 : 4 ans (DAF), 2 ans (mixte-DAF), 6 ans (MCO). En revanche, parmi les 5 structures « mixte-MCO », il semblerait qu'une situation se soit fortement dégradée entre 2011 et 2012, puisque la médiane passe de 0,3 an à 25 ans, impliquant certainement des éléments conjoncturels qui nécessiteraient une analyse complémentaire.

Enfin, pour l'ensemble de ces établissements, l'annuité de remboursement des emprunts représente en médiane autour de 40% de la CAF, alors que l'ensemble des adhérents sanitaires présente un taux médian de près de 20%.

Enfin, les organismes prêteurs sont souvent de grandes enseignes bancaires françaises ou étrangères, avec lesquelles des adhérents de la FEHAP, seuls ou regroupés, peuvent difficilement engager un rapport de force, si la renégociation n'est pas consentie. Face à JP Morgan, HSBC, Goldman Sachs, Crédit Suisse ou Deutsche Bank, ou encore à BNP Paribas, seule une action collective des pouvoirs publics permet d'imaginer une modification radicale des attitudes : l'intervention judiciaire de la MECSS peut créer cette nouvelle dynamique.

## **La gestion de l'immobilier par les établissements MCO qui adhèrent à la FEHAP**

Les informations qui permettent d'analyser globalement la gestion de l'immobilier transparaissent peu dans les comptes financiers. Par ailleurs, de par l'existence de constructions juridiques diverses, l'établissement détenteur de l'autorisation ne gère pas toujours l'immobilier à sa disposition, ou parfois partiellement.

Les besoins en investissement, la gestion de la dette et des charges de structure ne peuvent être réduits aux seules immobilisations immobilières.

Le rapport de l'IGAS sur l'Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier en 2013 a étudié le seuil d'intensité d'investissement qui constitue la part incompressible annuelle d'investissement courant, soit 3% (l'intensité d'investissement étant définie par le rapport du montant annuel des investissements sur le total des produits).

D'après les éléments dont nous disposons, 60% de nos adhérents se situeraient en deçà de ce seuil, quel que soit le secteur d'activité. Ces établissements ne parviennent donc plus à investir au niveau au moins égal à l'investissement considéré comme incompressible au regard de leur niveau d'activité. Cela tient évidemment aux tensions élevées sur les équilibres d'exploitation et la difficulté à en dégager des capacités financières pour préparer l'avenir. Sans surprise, on retrouve ici les établissements concernés par les emprunts « toxiques ».

Toujours selon le rapport précité, ce seuil incompressible d'investissement est de 2% concernant les équipements médicaux. L'intensité d'investissement en équipements médicaux a été approchée par l'augmentation des installations techniques, matériel et outillage industriel. Cela n'est qu'une approximation car nous ne disposons pas des informations nécessaires pour retracer les montants concernés des diminutions sur ce même poste se traduisant par des ressources supplémentaires pour l'établissement. Cependant, il est intéressant de constater que l'intensité d'investissement en équipements spécialisés, sous cette réserve, est inférieure à 2% pour la quasi-totalité des établissements, toutes activités confondues.

Pour environ 13% des adhérents sanitaires, majoritairement sous DAF, les cessions, ou mises hors service, d'immobilisations sont plus nombreuses que les entrées d'immobilisations, et concernent, pour au moins la moitié d'entre eux, essentiellement les postes suivants (dans l'ordre) :

- les autres immobilisations corporelles (installations générales, matériel informatique, de bureau ou de transport)
- les matériels et outillages spécialisés
- les constructions

Pour les autres établissements (87%) qui ont augmenté leur actif brut immobilisé entre 2011 et 2012, il s'agissait prioritairement des postes suivants (dans l'ordre):

- les matériels et outillages spécialisés
- les autres immobilisations corporelles
- les constructions

## **Les besoins d'investissement des établissements sanitaires qui adhèrent à la FEHAP**

Ce dynamisme reste limité par l'impossibilité de mener des politiques d'investissement complètes, celles-ci étant centrées sur les investissements nécessaires, qu'il n'est plus possible de différer étant donné l'état de vétusté des immobilisations.

En effet, les taux de vétusté médians des équipements sont proches de 80% fin 2012 quel que soit le secteur d'activité. Le renouvellement des bâtiments est moins urgent. Mais le taux de vétusté médian proche de 50% indique que le patrimoine immobilier ne peut être considéré comme jeune.

En se fondant sur les taux d'investissement incompressibles, le rapport IGAS précité établit à 8% le niveau minimum de taux de marge brute non aidée requis pour couvrir tous les investissements ainsi que les remboursements d'emprunts (intérêts et capital).

En comparaison, les taux de marge brute des établissements adhérents évoluent de la manière suivante de 2011 à 2012 :

- de 3 à 4% dans le secteur MCO
- 4% les deux années pour les établissements mixtes
- De 6,5 à 6% dans le secteur SSR

Ces éléments confortent les analyses précédentes, indiquant que pour au moins la moitié de nos adhérents sanitaires, les investissements réalisés couvrent les besoins urgents et nécessaires. Mais leurs capacités à mettre en place des plans d'investissement à long terme ou des opérations importantes sont limitées. Cela est d'autant plus vrai dans le secteur MCO, plus fragilisé par une rentabilité par ailleurs mise à mal ces dernières années.

Enfin, il est important de noter que les investissements, même réduits, ont des conséquences sur les exploitations, qui ont été dans l'ensemble maîtrisées par les établissements adhérents.

### **Les tarifs des GHS permettent-ils de financer les investissements courants, pour les établissements de court séjour ?**

Lors du passage à la tarification à l'activité pour le secteur antérieurement sous dotation globale, la prise en compte de l'investissement dans la construction des tarifs reposait sur deux principes.

Seules les charges de structure inférieures ou égales à 5% de l'ensemble des charges des établissements ont été réintégrées à l'enveloppe tarifaire. Les autres charges ont été affectées au sein de la sous-enveloppe d'Aide à la Contractualisation (AC), pour les établissements concernés et au regard des données inscrites dans les retraitements comptables 2003.

Parallèlement, l'Etude Nationale de Coûts (ENC) lissait les charges de structure entre l'ensemble des activités MCO. Par construction, les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) intègrent donc cette homogénéisation des charges de structure, et donc des investissements, quelle que soit l'activité concernée.

Dans la suite du rapport de l'IGAS précité, qui a démontré que les tarifs T2A ne peuvent pas couvrir les opérations d'investissement de grande ampleur, la règle de répartition des charges de structure a été remise en cause par le groupe de travail (ATIH-DGOS-fédérations) en charge de l'évolution du guide méthodologique de l'ENC. En effet, certaines activités, comme la radiothérapie, nécessitent une infrastructure relativement lourde et demandent d'importants investissements pour être exercées.

Les règles d'affectation des charges de structure entre les activités sont donc en train d'évoluer pour tenir compte de ces spécificités. Les règles d'estimation des coûts des différents types de séjours doivent donc être modulées pour intégrer l'hétérogénéité des charges d'investissement des activités aux infrastructures les plus lourdes.

A côté des recettes issues de la valorisation des séjours, les crédits alloués par les Agences Régionales de Santé (ARS) au titre de l'Aide à l'investissement révèlent d'importantes disparités de traitement entre les établissements, voire entre le secteur public et le secteur privé non lucratif. A titre d'exemple, les tableaux suivants présentent la valorisation des séjours et séances en MCO, ainsi que les crédits AC perçus au titre de l'investissement. Le second tableau indique la répartition de ces crédits entre les secteurs public et privé non lucratif. Si les tarifs des activités MCO sont communs pour l'ensemble des structures concernées, la répartition des crédits d'investissement semble globalement nettement plus favorable au secteur public, en proportion. Cette situation s'est encore aggravée depuis.

	Volume économique 2013 des séjours et séances MCO	Montant des investissements financés au sein de la sous enveloppe AC 2011		Volume économique 2013 des séjours et séances MCO	Montant des investissements financés au sein de la sous enveloppe AC 2011
Public	25 573	1 109	Public	88,3%	90,1%
PNL	3 398	122	PNL	11,7%	9,9%
	28 971	1 231		100,0%	100,0%

Sources : Rapport observatoire de l'hospitalisation et rapport au Parlement (en millions d'euros)

Traitement : Observatoire de la FEHAP

## En synthèse

Des emprunts « toxiques » ont effectivement été contractés par certaines structures privées non lucratives, sans doute de façon beaucoup moins marquée que dans le secteur public.

Un engagement global de la puissance publique semble être la seule à même de bousculer positivement les contrats d'emprunts structurés restant en l'état, compte-tenu de la taille des enseignes bancaires et de la très faible part de la composante privée non lucrative dans leur portefeuille.

Les adhérents de la FEHAP attendent cette mobilisation, d'autant que l'intervention du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales semble se limiter au seul secteur public : un cadre supérieur de la DGOS avait indiqué, à ce sujet, que le Ministère avait avancé comme « holding des hôpitaux publics ». Cette culture institutionnelle très centrée sur le seul secteur public, si elle peut se comprendre au regard de l'importance des budgets consacrés aux hôpitaux publics et de leur très forte exposition aux emprunts toxiques, est mal vécue par la plupart des dirigeants des fondations, associations et mutuelles gérant des établissements et services :

- Soit parce que quelques-uns d'entre eux, certes minoritaires, sont aussi exposés aux emprunts toxiques et jugent l'asymétrie du soutien très injuste,
- Soit parce que les autres, majoritaires, estiment que leur politique prudentielle est mal récompensée, d'autant que l'asymétrie d'aide publique aux grandes opérations d'investissement crée des situations de « surendettement comparé », par rapport aux opérations publiques plus aidées.

La situation de ces établissements apparaît clairement plus contrainte que pour le reste du secteur PNL sanitaire, qui connaît pourtant de fortes tensions lui imposant de limiter ses investissements, qui ne peuvent plus procéder de marges de manœuvre en exploitation, dès lors qu'il s'agit de réaliser de grandes opérations de délocalisation/ recomposition/restructuration.

En moyenne, le faible niveau d'investissement suggère que les tarifs couvrent difficilement les besoins d'investissement courant, y compris à un niveau incompressible. Cela ne tient pas spécifiquement aux mécanismes de la T2A versus celui des dotations budgétaires. Les baisses successives des tarifs des GHS, comme des dotations, du fait notamment des plans d'économies, peuvent interroger sur la pérennité des structures privées non lucratives, qui méritent un traitement au moins équivalent à celui accordé au secteur public, de par les missions de service public qu'elles réalisent également.

