



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

RAPPORT

N° 2012-M-072-02

**Les conditions de financement des
établissements publics de santé auprès du
secteur bancaire**

Établi par

DIDIER BANQUY
Inspecteur général des finances

PIERRE PAINAULT
Inspecteur des finances

- MARS 2013 -

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA MOBILISATION DE FINANCEMENT COURT TERME PAR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ APPARAÎT PEU LÉGITIME ET DOIT ÊTRE FORTEMENT LIMITÉE PAR UNE GESTION ACTIVE DE LA TRÉSORERIE.....	2
1.1. Le financement bancaire court terme a progressé significativement mais ne concerne toujours qu'une minorité d'établissements	2
1.1.1. <i>Le nombre d'établissements utilisant des lignes de trésorerie a pratiquement doublé sur la période 2003-2011</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Les lignes de trésorerie ne concernent cependant que moins d'un cinquième des établissements de santé et représente un coût global limité.....</i>	<i>4</i>
1.2. Les banques sont désormais très réticentes par rapport au financement court terme et restreignent leur offre de lignes de trésorerie	5
1.3. Le crédit court terme est une anomalie dans la gestion hospitalière et un facteur de fragilité pour la pérennité de l'offre d'emprunts sur le secteur	6
1.3.1. <i>L'usage de lignes de trésorerie résulte d'une gestion insuffisamment active de la trésorerie ou révèle un déficit structurel de l'établissement.....</i>	<i>6</i>
1.3.2. <i>Les lignes de trésorerie peuvent fragiliser l'analyse du risque emprunteur des établissements publics de santé.....</i>	<i>8</i>
1.4. Les solutions alternatives de financement des besoins actuels de trésorerie des établissements de santé apparaissent peu opérationnelles.....	9
1.4.1. <i>L'émission de billets de trésorerie est envisageable mais ne concernerait qu'une minorité d'établissements publics de santé.....</i>	<i>9</i>
1.4.2. <i>L'instauration d'une gestion mutualisée de la trésorerie de l'ensemble des établissements publics de santé présente des inconvénients majeurs.....</i>	<i>10</i>
1.4.3. <i>La mise en place d'un dispositif généralisé d'avances de trésorerie serait peu vertueuse et juridiquement fragile en droit communautaire.....</i>	<i>14</i>
1.5. L'accès au crédit court terme doit être maintenu jusqu'à la mise en place d'une gestion rigoureuse de la trésorerie dans tous les établissements.....	15
1.5.1. <i>La sécurisation de l'accès aux lignes de trésorerie à titre transitoire mais l'affirmation d'une suppression à moyen terme de cet instrument.....</i>	<i>15</i>
1.5.2. <i>L'instauration dans chaque établissement d'un plan prévisionnel de trésorerie actualisé régulièrement et d'un fonds de roulement de sécurité</i>	<i>16</i>
1.5.3. <i>Le renforcement de la démarche d'optimisation du besoin en fonds de roulement par une gestion plus active des encaissements et décaissements</i>	<i>21</i>
2. LA CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ À FINANCER LEURS INVESTISSEMENTS PAR LE CRÉDIT BANCAIRE MOYEN ET LONG TERME DOIT ÊTRE PRÉSERVÉE EN RÉTABLISSANT LA CONFIANCE DU SECTEUR BANCAIRE	22
2.1. La dette bancaire moyen et long terme des établissements de santé a presque triplé et est pour partie composée de crédits « sensibles ».....	22
2.1.1. <i>L'endettement moyen et long terme est passé de 9 Md€ en 2003 à 24 Md€ en 2011 et concerne actuellement près de 89 % des établissements</i>	<i>22</i>
2.1.2. <i>Une part significative de l'encours est composée de crédits structurés qui présentent pour certains un fort risque de dégradation financière</i>	<i>23</i>

2.2. Les banques manifestent une réticence croissante à financer le secteur public hospitalier et modifient leur politique commerciale.....	26
2.2.1. <i>La stabilisation, voire la diminution de la production annuelle de nouveaux crédits aux établissements publics de santé.....</i>	26
2.2.2. <i>Le renchérissement des conditions financières applicables aux établissements publics de santé.....</i>	27
2.3. La réticence des banques ne peut s'expliquer qu'accessoirement par le resserrement de la liquidité et le renforcement des règles prudentielles	27
2.3.1. <i>L'accès plus limité à la liquidité et les normes prudentielles de Bâle III ne favorisent pas la production de crédits aux établissements publics de santé....</i>	27
2.3.2. <i>Ce contexte ne peut toutefois être considéré comme la justification centrale de la position des banques à l'égard du secteur hospitalier</i>	29
2.4. La position des banques résulte principalement d'une appréciation du risque hospitalier qui se dégrade et se dissocie des collectivités locales	30
2.4.1. <i>Le modèle économique des établissements publics de santé apparaît moins solide et fiable que celui des collectivités locales.....</i>	32
2.4.2. <i>La gouvernance des établissements de santé en cas de difficultés financières apparaît moins lisible que celles des collectivités locales.....</i>	33
2.4.3. <i>Les banques s'estiment globalement plus exposées au risque réputationnel sur les établissements de santé que sur les collectivités locales</i>	35
2.5. La possibilité de recourir dans des conditions équilibrées au crédit bancaire pour financer l'investissement hospitalier doit être préservée	36
2.5.1. <i>Le financement d'une part de l'investissement hospitalier par l'emprunt est une solution cohérente dans le contexte actuel.....</i>	36
2.5.2. <i>Parmi les formes d'emprunt susceptibles d'être mobilisées, le crédit bancaire apparaît comme la solution globale la plus opérationnelle.....</i>	37
2.6. Le maintien d'une offre de crédit bancaire équilibrée suppose de rétablir la confiance des banques envers les établissements publics de santé	42
2.6.1. <i>La mise en place d'un dispositif efficace de prévention et de traitement des incidents de paiement bancaires des établissements publics de santé.....</i>	43
2.6.2. <i>L'institution d'un dispositif généralisé d'autorisation préalable de recours à l'emprunt fondé sur l'analyse de ratios financiers</i>	46
2.6.3. <i>La définition et la mise en œuvre d'une doctrine nationale de traitement des emprunts sensibles afin de limiter l'exposition au risque de taux</i>	49
2.6.4. <i>L'amélioration de l'enregistrement comptable des emprunts structurés dans un souci de transparence et d'anticipation des difficultés financières.....</i>	52
2.6.5. <i>Le renforcement de la communication sur les mesures prises par la tutelle en matière de gestion du risque financier des établissements de santé.....</i>	54

Introduction

Depuis dix ans environ, les établissements publics de santé ont recours de manière croissante à l'endettement pour financer leurs investissements, en particulier à l'emprunt bancaire qui s'est fortement développé sous l'effet des plans de modernisation de l'offre de soins lancés par les pouvoirs publics (Hôpital 2007, Hôpital 2012). Ainsi, l'encours de prêts de moyen et long terme des hôpitaux a quasiment triplé entre 2003 et 2011, passant de 9 Md€ à plus de 24 Md€.

Cet encours de prêts est détenu quasi-exclusivement par des banques françaises, seules quelques banques étrangères ayant tenté, sans donner suite depuis, d'utiliser le marché du financement des hôpitaux comme clé d'entrée vers le marché français de la banque de détail.

Cette importance de l'emprunt bancaire dans le financement de l'investissement a rendu d'autant plus problématiques les conséquences de la crise bancaire et financière de l'automne 2008 pour le secteur hospitalier. Le resserrement de la liquidité et le retrait du groupe Dexia, premier acteur du marché, ont conduit à un assèchement de l'offre de crédit ainsi qu'à une dégradation des conditions de tarification qui pénalisent désormais les établissements publics de santé.

Cette contraction de l'offre concerne également les financements bancaires de court terme (lignes de trésorerie), avec des conséquences induites sur l'investissement. Bien qu'elles n'aient pas vocation à financer les dépenses d'investissement, ces lignes de trésorerie interagissent fortement avec le crédit moyen et long terme et ne peuvent donc être considérées comme une question annexe. Pour les banques, les hôpitaux sont en effet regardés comme une seule et même contrepartie, quel que soit le mode de financement utilisé, et leur risque emprunteur est apprécié globalement.

Conformément à la demande des ministres, la mission a donc étudié les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire, en s'intéressant non seulement au financement de moyen et long terme, mais également aux lignes de trésorerie. Le présent tome II est consacré à cette analyse.

La première partie, relative au financement de court terme à travers les lignes de trésorerie, met en évidence les risques inhérents à l'usage d'un tel instrument dans les hôpitaux publics. Peu légitimes pour des établissements bénéficiant d'une relative stabilité et prévisibilité de leurs flux de trésorerie, ces lignes ont donné lieu ces dernières années à des incidents de paiement qui dégradent l'appréciation de la solvabilité des hôpitaux par les banques. Elles sont en outre mobilisées par quelques hôpitaux pour couvrir indirectement des dépenses d'investissement, voire dans certains cas pour compenser une situation financière structurellement dégradée.

La seconde partie est centrée sur les emprunts bancaires de moyen et long terme qui apparaissent, dans le contexte actuel, comme un mode de financement cohérent et légitime de l'investissement hospitalier. L'examen des raisons du resserrement de l'offre de crédit conduit à relativiser l'impact des contraintes prudentielles instaurées en matière de liquidité par les accords de Bâle III. La réticence des banques semble fondamentalement liée à une appréciation du risque emprunteur des hôpitaux qui se dégrade et se différencie progressivement de celui des collectivités locales.

Au terme de ces constats et analyses, la mission formule plusieurs propositions susceptibles d'assurer le maintien d'une offre bancaire suffisamment développée et bénéficiant de conditions tarifaires équilibrées. Elle suggère de limiter fortement le recours aux lignes de trésorerie grâce à une gestion plus active de la trésorerie. Elle propose par ailleurs diverses mesures permettant d'améliorer l'analyse de la solvabilité des hôpitaux par les acteurs de marché.

1. La mobilisation de financement court terme par les établissements publics de santé apparaît peu légitime et doit être fortement limitée par une gestion active de la trésorerie

Le financement bancaire de court terme des établissements publics de santé repose essentiellement sur l'instrument des lignes de trésorerie dont les caractéristiques sont développées dans l'encadré n°1 *infra*.

Encadré 1 : Les caractéristiques des lignes de trésorerie

Une ligne de trésorerie est un concours financier à court terme (annuel ou infra-annuel) qui permet de mobiliser des fonds à tout moment et très rapidement pour pallier une insuffisance ponctuelle de disponibilités, c'est-à-dire un décalage entre les encaissements et les décaissements.

Dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement (souvent appelé « autorisation de tirage »), l'établissement public de santé peut tirer des fonds lorsqu'il le souhaite, et en autant de fois qu'il le souhaite. Il les rembourse à son gré, et chaque remboursement reconstitue, à concurrence de son montant, le droit de tirage.

Les intérêts sont calculés sur les utilisations réelles de la ligne de trésorerie, certains établissements bancaires imposant toutefois des commissions de non-utilisation.

Contrairement aux emprunts de moyen et long terme qui s'analysent comme des ressources budgétaires inscrites au compte 16 (emprunts et dettes assimilées), les lignes de trésorerie ne sont pas un financement budgétaire de l'établissement de santé.

Seuls les frais financiers qu'elles génèrent sont inscrits au budget au compte 66 (charges financières), les mouvements de capital (encaissements et remboursements) étant quant à eux retracés hors budget en classe 5 (comptes financiers).

Source : Mission IGF-IGAS.

1.1. Le financement bancaire court terme a progressé significativement mais ne concerne toujours qu'une minorité d'établissements

1.1.1. Le nombre d'établissements utilisant des lignes de trésorerie a pratiquement doublé sur la période 2003-2011

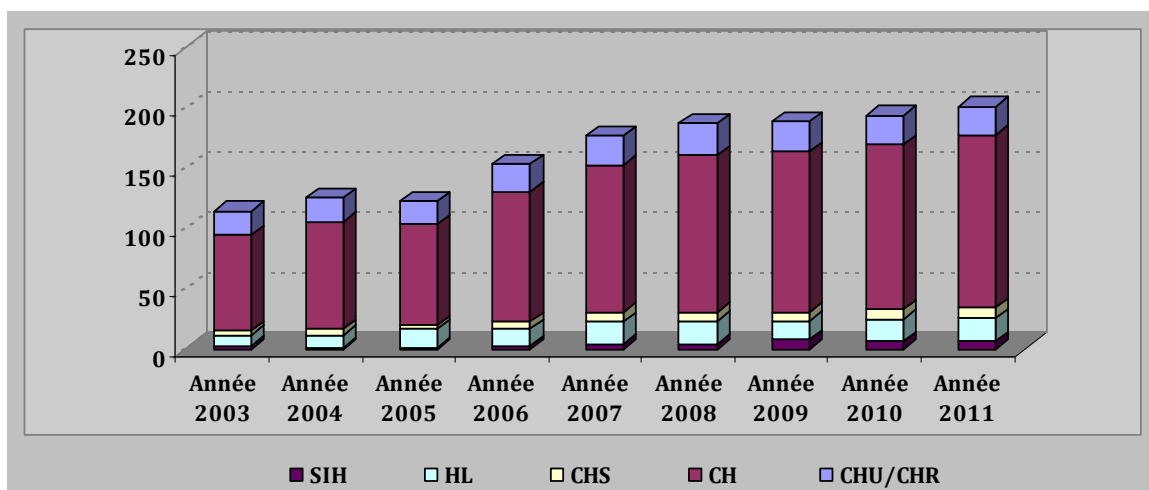
L'exploitation des données comptables de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) a mis en évidence l'augmentation sensible, entre 2003 et 2011, du nombre d'établissements publics de santé mobilisant des lignes de trésorerie auprès du secteur bancaire (cf. graphique n° 1 *infra*).

En 2011, 201 établissements publics de santé ont ainsi eu recours à cet instrument de financement, alors qu'ils n'étaient que 115 établissements en 2003.

Il peut être souligné que toutes les catégories d'établissements de santé sont concernées : les centres hospitaliers régionaux universitaires (CRHU), les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers spécialisés (CHS), les hôpitaux locaux (HL) ainsi que les syndicats inter-hospitaliers (SIH).

Rapport

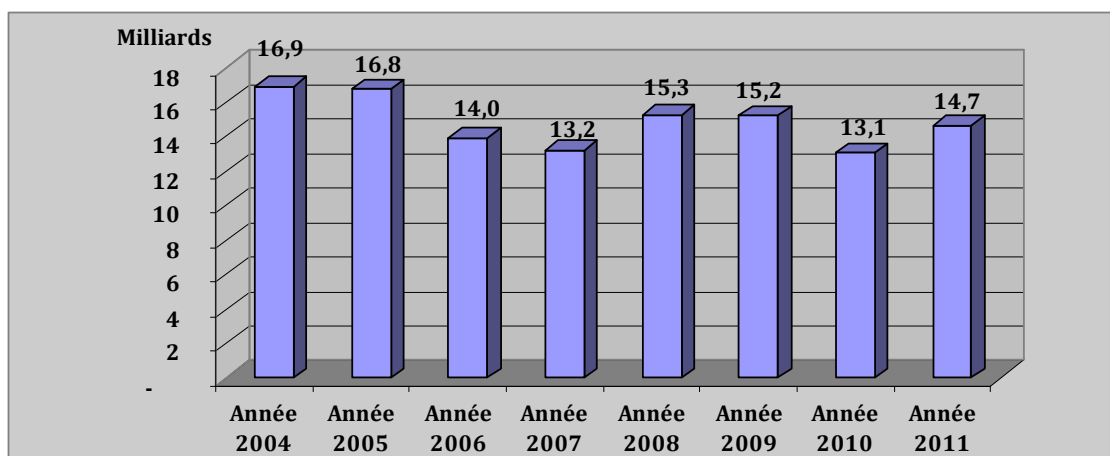
Graphique 1 : Évolution globale et par catégorie du nombre d'établissements ayant recours à des lignes de trésorerie (2003-2011)



Source : Données DGFIP – Traitement Mission IGF-IGAS.

Le montant global des tirages sur les lignes de trésorerie (crédits du compte 519 - crédits de trésorerie) est toutefois resté relativement stable sur cette période et s'établit en moyenne à environ 15 Md€ entre 2004 et 2011¹ (cf. graphique n° 2 *infra*).

Graphique 2 : Montant global des tirages effectués sur les lignes de trésorerie par les établissements publics de santé (2003-2011)



Source : Données DGFIP – Traitement Mission IGF-IGAS.

Ce montant global de tirages permet d'approcher l'ampleur et l'évolution des flux de trésorerie en provenance du secteur bancaire.

Il ne saurait toutefois être utilisé pour déduire directement le niveau adéquat de l'offre de lignes de trésorerie (en termes d'autorisation de tirage) en l'état actuel de la situation. En effet, plusieurs opérations de tirage/reconstitution pouvant intervenir au cours d'un même mois sur une ligne de trésorerie, il ne peut être établi de corrélation directe entre le montant total des tirages et le plafond autorisé.

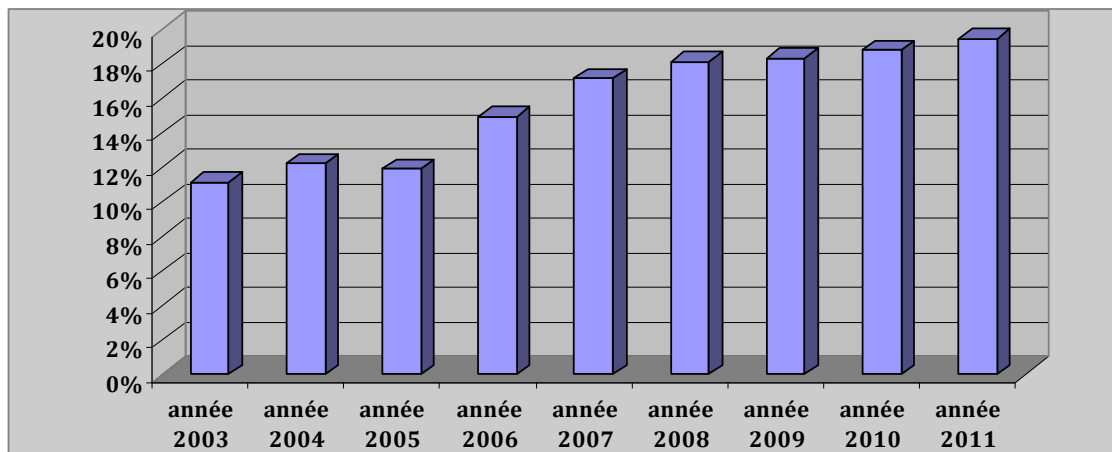
¹ L'année 2003 n'a pas été prise en compte en raison de la présence de plusieurs valeurs atypiques dont la validité n'a pu être vérifiée par la mission.

Rapport

1.1.2. Les lignes de trésorerie ne concernent cependant que moins d'un cinquième des établissements de santé et représente un coût global limité

En dépit du développement des lignes de trésorerie sur les dix dernières années, le nombre d'établissements de santé recourant à cet instrument reste encore limité. En 2012, moins d'un cinquième d'entre eux était concerné (cf. graphique n° 3 *infra*).

Graphique 3 : Pourcentage d'établissements ayant recours à des lignes de trésorerie

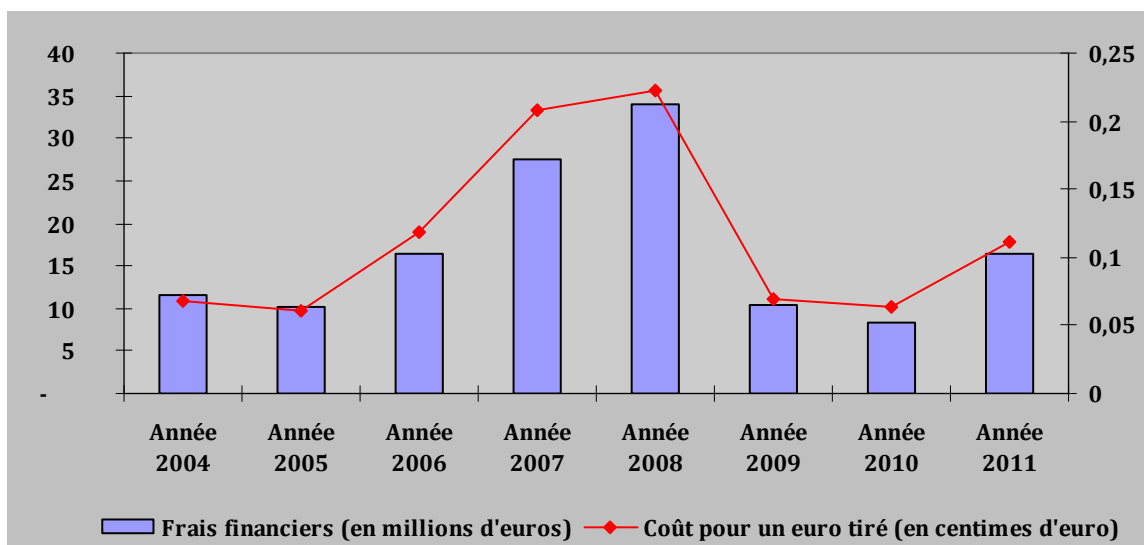


Source : Données DGFIP – Traitement Mission IGF-IGAS.

Les enjeux budgétaires apparaissent en outre relativement faibles en comparaison de ceux sur l'endettement moyen et long terme (cf. point 2.1.1 *infra*).

Le montant moyen des frais financiers (débits du compte 6615 - Intérêts des comptes courants créditeurs) sur la période 2004-2011 est d'environ 16,9 M€ et le coût moyen d'un euro tiré sur une ligne de trésorerie varie sur la même période entre 0,06 centime d'euro et 0,22 centime d'euro.

Graphique 4 : Montants annuels des frais financiers liés aux lignes de trésorerie et coût annuel moyen pour un euro tiré



Source : Données DGFIP – Traitement Mission IGF-IGAS.

1.2. Les banques sont désormais très réticentes par rapport au financement court terme et restreignent leur offre de lignes de trésorerie

Les banques rencontrées par la mission ont dans leur ensemble indiqué avoir adopté, depuis quelques années, une position très prudente sur les lignes de trésorerie accordées aux établissements publics de santé.

Cette position se traduit principalement par un abaissement progressif et quasi-systématique des plafonds des autorisations de tirage dont bénéficiaient individuellement les établissements de santé. En général, lors de l'échéance annuelle ou infra-annuelle de renégociation des contrats de lignes de trésorerie, la banque propose à son client de fixer le montant de la nouvelle autorisation de tirage au niveau du montant maximum de trésorerie effectivement tiré lors de l'année précédente.

Ce mouvement ne concerne pas spécifiquement le secteur hospitalier, mais l'ensemble du secteur public local. Ainsi, une banque a indiqué avoir réduit de plus de la moitié entre 2010 et 2012 le montant de ses lignes de trésorerie autorisées sur son portefeuille secteur public local.

La cause générale de ce resserrement réside dans le contexte de renforcement des règles prudentielles. Cette question sera examinée de manière détaillée dans la partie 2, mais il apparaît que les lignes de trésorerie qui ne sont que partiellement tirées par les clients sont fortement pénalisantes pour le respect du ratio de liquidité LCR (Liquidity Coverage Ratio) prévu par les accords de Bâle III. En effet, quel que soit le montant de trésorerie effectivement mobilisé par le client, c'est le montant du plafond d'autorisation de tirage qui est pris en compte dans le calcul du ratio². La plupart des banques n'ayant pas encore mis en place de commission de non-utilisation des lignes de trésorerie, les montants non mobilisés pénalisent donc le calcul du ratio LCR sans générer de rémunération pour la banque.

En ce qui concerne les établissements publics de santé, ce resserrement de l'offre de lignes de trésorerie des banques semble en outre avoir été motivé par l'apparition d'incidents de paiement.

Par ailleurs, l'évolution de la position des banques sur le crédit court terme se traduit par un renchérissement des conditions financières proposées aux établissements sur les deux dernières années.

Ce renchérissement a clairement été évoqué par certaines des banques rencontrées par la mission et est par ailleurs mis en évidence dans le graphique n° 4 *supra* qui fait apparaître que le coût pour un euro tiré sur une ligne de trésorerie a progressé d'environ 76 % entre 2010 et 2011, passant de 0,06 centime à 0,11 centime d'euro.

² Le mode de calcul du ratio LCR est détaillé dans l'encadré n° 7 au point 2.3.1 *infra*. Selon ce mode de calcul, la prise en compte du plafond d'autorisation de tirage des lignes de trésorerie (au lieu du montant effectivement tiré) vient augmenter le dénominateur et donc dégrader le résultat ratio qui doit être supérieur à 100 %.

Les données 2012 confirment cette augmentation puisque le coût d'un euro tiré s'établit à 0,12 centime, soit une nouvelle progression de près de 10 % par rapport à l'année 2011³.

En septembre 2012, la tarification moyenne d'une ligne de trésorerie s'établissait ainsi à Eonia⁴ + 300 points de base, auxquels devaient être ajoutés 15 à 20 points de base pour la commission bancaire, soit un taux d'intérêt global de l'ordre de 3,3 %⁵.

1.3. Le crédit court terme est une anomalie dans la gestion hospitalière et un facteur de fragilité pour la pérennité de l'offre d'emprunts sur le secteur

1.3.1. L'usage de lignes de trésorerie résulte d'une gestion insuffisamment active de la trésorerie ou révèle un déficit structurel de l'établissement

Dans les établissements publics de santé, les flux de trésorerie apparaissent à plusieurs égards spécifiques par rapport à d'autres types de structures, y compris par rapport à d'autres catégories d'établissements publics.

Il ressort ainsi des données comptables de l'année 2010 présentées dans le graphique n° 5 *infra* que les produits versés par l'assurance maladie sur le titre 1 du compte de résultat principal (produits de la tarification de séjours, médicaments et dispositifs médicaux implantables – DMI, actes et consultations externes, dotation au financement – DAF et missions d'intérêt général et aide à la contractualisation - MIGAC) représentent à eux seuls 73 % des produits réels des établissements publics de santé.

Ces versements sont réalisés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), par l'intermédiaire de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), selon des calendriers de versement prédéterminés, parfaitement connus des établissements publics de santé.

En outre, si le montant de ces versements ne peut être déterminé *ex ante* de manière totalement précise puisqu'il dépend largement du niveau d'activité réel de l'établissement, un examen des versements perçus sur les exercices antérieurs peut permettre d'en réaliser une estimation relativement fiable compte tenu de la relative stabilité, voire de la saisonnalité, de l'activité hospitalière.

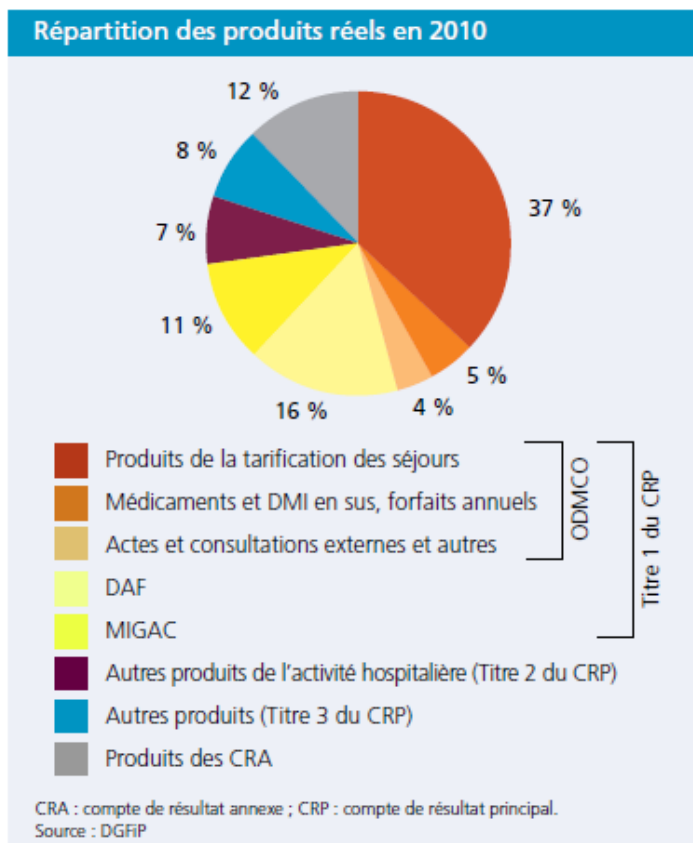
³ Certaines données relatives à l'exercice 2012 n'ayant pu être transmises à la mission, le calcul du coût d'un euro tiré a été réalisé sur un nombre moins importants d'établissements publics de santé. Ce nombre reste cependant suffisamment significatif.

⁴ Eonia (Euro OverNight Index Average) est le taux d'intérêt moyen auquel certaines banques européennes sélectionnées s'accordent mutuellement des prêts en euros, les prêts ayant une durée de 1 jour. Eonia peut donc être considéré comme le taux Euribor overnight.

⁵ Cette estimation est basée sur les données fournies par l'un des principaux cabinets conseil en gestion active de la dette présent sur le marché du secteur public local.

Rapport

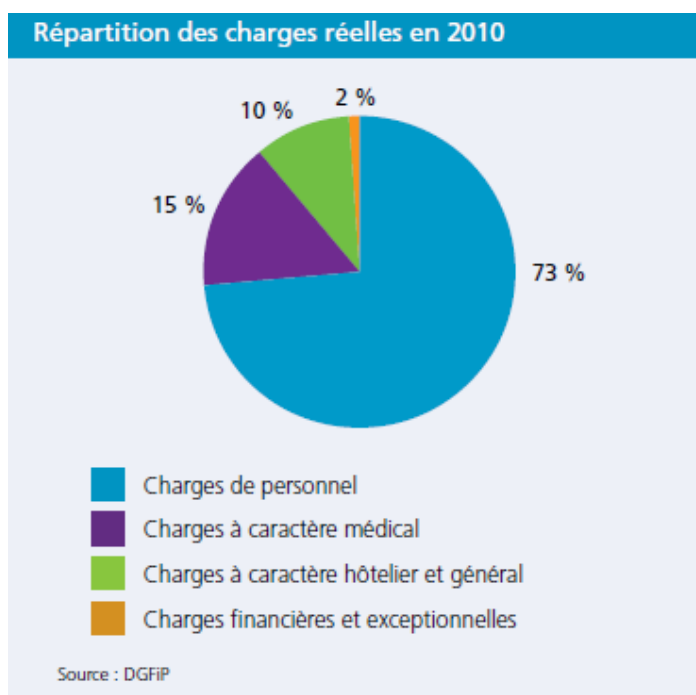
Graphique 5 : La répartition des produits réels des établissements publics de santé (2010)



Source : Note de conjoncture Finances hospitalières - Dexia Crédit Local - Avril 2012.

Les charges réelles des établissements publics de santé sont quant à elles principalement composées de charges de personnel qui représentent, sur la base des données comptables de l'année 2010, 73 % du montant total (cf. graphique n° 2 *infra*).

Graphique 6 : La répartition des charges réelles des établissements publics de santé (2010)



Source : Note de conjoncture Finances hospitalières - Dexia Crédit Local - Avril 2012.

Composées pour une très large part des traitements versés aux agents hospitaliers et des charges sociales afférentes, ces dépenses de personnel peuvent être anticipées de manière relativement aisée, aussi bien en termes de calendrier de versement qu'en termes de montant des versements. Bien entendu, certains paramètres peuvent influencer sur les versements et modifier leur montant global, mais les variations restent marginales.

Dans un tel cadre où l'incertitude en matière d'encaissements et de décaissements apparaît raisonnable et maîtrisable, le recours à un financement bancaire de court terme ne devrait pas être nécessaire. Contrairement à d'autres secteurs d'activité, les établissements ne sont pas confrontés à la nécessité d'opérer un arbitrage délicat entre le calibrage de leurs réserves de trésorerie et le recours ponctuel à des financements court terme. Comme évoqué précédemment, ce type de financement n'est d'ailleurs actuellement mobilisé que par moins d'un cinquième des établissements.

Ceci suppose toutefois que soit mise en place, dans chaque établissement, une gestion active de la trésorerie à travers un véritable plan de trésorerie permettant d'avoir une vision claire de l'ensemble des décaissements et encaissements sur l'exercice budgétaire.

Sur la base d'un plan de trésorerie, l'établissement peut ensuite constituer un fonds de roulement correctement calibré et engager une politique d'optimisation de son besoin en fonds de roulement (BFR) en mobilisant les différents leviers à sa disposition, et notamment l'amélioration des délais et de la qualité de la facturation interne.

En tout état de cause, de tels instruments de gestion de la trésorerie, classiques dans la culture entrepreneuriale, ne paraissent pas particulièrement complexes à généraliser dans le contexte hospitalier.

Leur mise en place permettrait en outre de mettre en évidence les situations dans lesquelles le recours récurrent aux lignes de trésorerie permet de pallier un déficit structurel de l'établissement, ce qui ne paraît pas soutenable à moyen terme et doit donner lieu à une intervention de l'autorité de tutelle.

1.3.2. Les lignes de trésorerie peuvent fragiliser l'analyse du risque emprunteur des établissements publics de santé

Comme évoqué précédemment (cf. partie 1.2), il a été fait état d'incidents de paiement sur des lignes de trésorerie, les établissements concernés n'ayant pas honoré leurs échéances de remboursement et ayant demandé le plus souvent un report de paiement.

Les représentants des différentes banques consultées ont indiqué que leurs modèles internes d'analyse du risque emprunteur et de notation des contreparties de leur portefeuille prenaient en compte les impayés intervenant sur les lignes de trésorerie au même titre que les impayés sur les échéances de prêts moyen et long terme. Même si ces incidents ne constituent que rarement des « défauts » au sens de l'accord de Bâle II⁶, ils entraînent tout de même une dégradation de la note interne de la contrepartie concernée et ne peuvent donc être considérés comme anodins.

L'établissement défaillant prend le risque de voir l'offre de crédit qui lui est proposée se resserrer, voire se tarir, et les conditions financières se dégrader fortement pour prendre en compte un risque emprunteur analysé comme moins fiable.

⁶ Un débiteur particulier est en situation de « défaut » au sens de l'accord de Bâle II lorsque l'un ou l'autre des événements suivants, ou les deux, se sont produits : (i) l'établissement de crédit estime que, sauf recours à des mesures telles que la réalisation de la garantie (s'il y en a une), le débiteur ne s'acquittera probablement pas intégralement de ses obligations de crédit envers lui, son entreprise mère ou l'une de ses filiales ; (ii) l'arriéré du débiteur sur une obligation de crédit significative envers l'établissement de crédit, son entreprise mère ou l'une de ses filiales est supérieur à 90 jours.

Rapport

Au-delà de l'impact au cas d'espèce, ces incidents de paiements entraînent également une mise à jour des modèles bancaires d'analyse du risque des établissements publics de santé. En effet, l'occurrence de défauts de paiement, quelle que soit leur nature, sur un portefeuille de clients présentant jusqu'ici une sinistralité quasi nulle, conduit les analystes bancaires à adapter leur modèle global de notation et à durcir les critères d'analyse.

Les défauts de paiement de quelques établissements sur des lignes de trésorerie sont donc susceptibles de dégrader les conditions générales d'accès au crédit bancaire de l'ensemble des hôpitaux publics.

1.4. Les solutions alternatives de financement des besoins actuels de trésorerie des établissements de santé apparaissent peu opérationnelles

1.4.1. L'émission de billets de trésorerie est envisageable mais ne concernerait qu'une minorité d'établissements publics de santé

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013 comportait une disposition⁷ visant à modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'autoriser les centres hospitaliers régionaux (CHR) listés par décret à émettre des billets de trésorerie dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret.

Encadré 2 : Caractéristiques et conditions d'émission des billets de trésorerie

Encadrés par les articles L. 213-1 à L. 213-4 du code monétaire et financier, les billets de trésorerie sont des titres de créance négociables, c'est-à-dire des titres financiers émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé ou de gré à gré, qui représentent un droit de créance et sont inscrits dans un compte-titres tenu par un intermédiaire (stipulés au porteur).

Les caractéristiques des billets de trésorerie

Les billets de trésorerie doivent avoir une échéance fixe comprise entre un jour et un an. Dans les faits, 25 % des billets émis le sont à très court terme, pour des périodes de 1 jour à 10 jours.

Le montant unitaire des billets doit être au moins égal à la contrevaleur de 150 000 €.

Les billets de trésorerie portent intérêt. Les intérêts sont fixés et négociés librement lors de l'émission. Ils sont en principe calculés sur la base d'un taux fixe et par référence au marché monétaire. Ils peuvent avoir également un coupon indexé sur une référence variable. Lorsque la rémunération varie en application d'une clause d'indexation qui ne porte pas sur un taux usuel du marché interbancaire, du marché monétaire ou du marché obligataire, cette clause doit être au préalable portée à la connaissance de la Banque de France.

Enfin, ils peuvent éventuellement être garantis par un établissement de crédit habilité par son statut à délivrer une telle garantie. Ils peuvent également être garantis par une entreprise d'investissement ou une entité elle-même habilitée à émettre des billets de trésorerie, lorsque cette entreprise ou cette entité détient, directement ou indirectement 20 % au moins du capital de l'émetteur ou dont le capital est détenu, directement ou indirectement, par l'émetteur à concurrence de 20 % au moins.

Les conditions d'émission des billets de trésorerie

L'article L. 213-4 du Code monétaire et financier indique que les émetteurs de billets de trésorerie « *établissent préalablement à leur première émission de tels titres une documentation financière, qui porte sur leur activité, leur situation économique et financière ainsi que sur le programme d'émission. Cette documentation financière, rédigée en français, est déposée auprès de la Banque de France, qui est chargée de veiller au respect par les émetteurs des conditions d'émission* ».

⁷ Il s'agissait de l'article 48 du PLFSS pour 2013.

Rapport

Les émetteurs doivent également rendre publique une notation obtenue auprès d'une agence agréée, exceptés ceux dont les titres sont admis en négociation sur un marché réglementé de l'Espace Économique Européen, ou disposer d'un garant bénéficiant d'une telle notation (article D. 213-3 du Code monétaire et financier).

Ils doivent enfin domicilier leurs titres auprès d'un établissement de crédit, d'une entreprise d'investissement installée en France ou de la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions fixées par le règlement général de l'Autorité des Marchés Financiers (articles 322-55 à 322-58 du règlement général de l'AMF).

Source : Code monétaire et financier – Banque de France.

Cette disposition du PLFSS a été censurée par le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 13 décembre 2012⁸ car considérée comme un cavalier budgétaire.

Sous les réserves évoquées précédemment quant à la pertinence pour les établissements de santé de recourir à un financement externe de leurs besoins de trésorerie, **les billets de trésorerie peuvent constituer un instrument intéressant pour les établissements publics de santé au vu de leurs avantages** : grande flexibilité pour le choix des échéances (un jour à un an), flexibilité dans le choix des montants (sous réserve du respect du montant minimal réglementaire de 150 000 euros), coût inférieur à celui des autres financements à court terme et en particulier des lignes de trésorerie des banques, facteur d'amélioration de la notoriété permettant de faciliter l'accès aux marchés financiers.

Cet instrument ne saurait toutefois être considéré comme une solution globale et définitive aux besoins de trésorerie actuels du secteur public hospitalier.

Un tel instrument ne peut en effet concerner que quelques établissements disposant d'une surface financière suffisante pour être intéressés par le seuil minimum d'émission (150 000 €) et de compétences financières suffisamment développées pour assumer une telle fonction sur les marchés financiers.

Ce périmètre restreint devrait être renforcé par le fait même que la surveillance du marché des billets de trésorerie est assurée par la Banque de France qui est chargée de prendre toutes les mesures nécessaires au bon fonctionnement du marché et est particulièrement attachée à préserver la qualité des émetteurs.

De facto, les établissements de santé pouvant accéder au marché des billets devraient donc être de grands CHRU bénéficiant d'une situation financière stable et d'une notation de bonne qualité. Il ne s'agit pas en l'espèce du type d'établissements rencontrant des difficultés majeures à obtenir des lignes de trésorerie auprès du secteur bancaire.

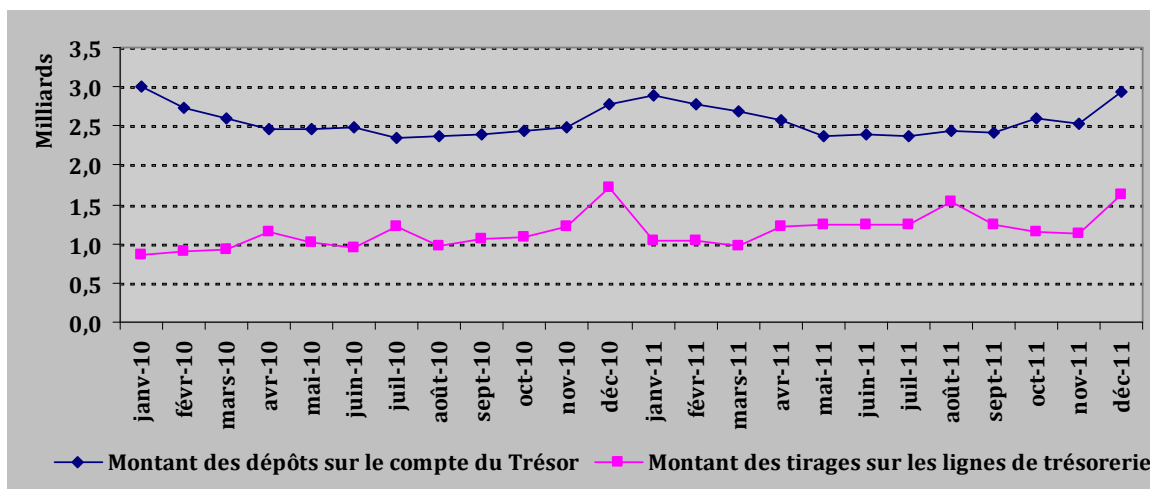
1.4.2. L'instauration d'une gestion mutualisée de la trésorerie de l'ensemble des établissements publics de santé présente des inconvénients majeurs

En application des dispositions de l'article 47 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012⁹ relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, les établissements publics de santé « sont tenus de déposer leur fonds au Trésor » sur un compte dédié. Intitulé « Compte au Trésor » (compte 515), ce compte ne peut présenter de situation de découvert.

⁸ Décision du Conseil Constitutionnel n°2012-659 DC du 13 décembre 2012 portant sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

⁹ Ce décret regroupe et actualise un ensemble de textes relatifs à la gestion budgétaire et comptable publique dont le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique ainsi que le décret n° 2005-54 du 27 janvier 2005 relatif au contrôle financier au sein des administrations de l'Etat.

Graphique 7 : Montants des dépôts des hôpitaux sur le compte du Trésor et montants des tirages sur les lignes de trésorerie (janvier 2010-décembre 2011)



Source : Données DGFIP – Traitement mission IGF-IGAS.

D’après les données comptables fournies à la mission par la DGFIP, **le compte au Trésor (compte 515) sur lequel les établissements publics de santé sont tenus de déposer leurs excédents de trésorerie présente, de manière permanente, un solde positif dépassant très largement les 2 Md€.**

Comme le montre le graphique n° 7 *supra*, le montant mensuel de dépôts des établissements de santé en situation excédentaire apparaît, de manière constante, très largement supérieur au montant mensuel des besoins de trésorerie des établissements qui peut être estimé à travers les tirages réalisés sur les lignes de trésorerie bancaires qui sont comptabilisés au crédit du compte 519 (Crédits de trésorerie)¹⁰.

Dans ces conditions, un mécanisme de mutualisation de la trésorerie de l’ensemble des établissements publics de santé pourrait être envisagé, afin de faire financer temporairement les besoins de liquidités de certains établissements par les excédents de disponibilités des autres établissements.

A la demande de la Direction de la sécurité sociale, l’ACOSS¹¹ a expertisé la faisabilité d’une telle mutualisation. Selon ses premières analyses et sous réserve d’un examen plus approfondi, l’Agence considère que cette option est techniquement réalisable mais ne pourrait être opérationnelle qu’à moyen terme en raison des profondes adaptations qu’elle suppose quant à son organisation.

Indépendamment des contraintes d’ordre technique, la mutualisation de l’ensemble des trésoreries hospitalières n’apparaît toutefois pas souhaitable pour deux raisons essentielles présentées ci-dessous.

¹⁰ Il doit être précisé que le graphique n° 3 est uniquement fondé sur les soldes mensuels des comptes concernés (comptes 515 et 519) et ne permet donc pas de décrire dans son ensemble la réalité des flux de trésorerie des hôpitaux. En effet, sur un même mois, plusieurs opérations de tirages/reconstitution peuvent intervenir sur une même ligne de trésorerie.

¹¹ Etablissement public national à caractère administratif, l’ACOSS est chargée d’assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général de la Sécurité sociale et apparaît à ce titre comme l’organisme le plus à même de mettre en place et de gérer un mécanisme de mutualisation de cette nature.

1.4.2.1. La mutualisation créerait un risque d'aléa moral sur la gestion de la trésorerie des établissements publics de santé

La mutualisation des trésoreriers repose sur le principe d'une compensation entre les établissements dans une situation excédentaire et les établissements déficitaires.

Avantageuse à certains égards, notamment en termes de réduction des coûts de financement court terme, cette compensation pourrait générer un effet pervers et être source d'une forme d'aléa moral dans la gestion des trésoreriers hospitaliers.

Conscients de l'existence de celle-ci, les directions financières des établissements de santé pourraient être tentés d'adopter deux types de comportements peu vertueux. Les établissements actuellement vertueux, qui présentent une situation de trésorerie excédentaire, pourraient faire preuve d'une moindre rigueur, leurs efforts de gestion venant compenser la gestion déficiente de certains de leurs homologues sans aucune contrepartie. Les établissements actuellement en difficulté de trésorerie risqueraient quant à eux d'être incités à ne pas renforcer leur gestion et à se reposer sur la solidarité induite *de facto* entre tous les établissements.

Plus encore, les établissements bénéficiant de la mutualisation pourraient être tentés de ne pas procéder au remboursement des sommes qui leur auront été avancées ou de différer dans le temps ce remboursement en considérant que leur défaillance peut être assumée par la collectivité des hôpitaux.

L'institution à court terme d'un mécanisme de mutualisation pourrait donc constituer un très mauvais signal vis-à-vis des établissements de santé et contribuer à aggraver la gestion sous-optimale de la trésorerie hospitalière. Un assainissement des modes de gestion est un préalable incontournable, en particulier afin de mettre fin aux situations dans lesquelles les besoins de trésorerie externe résultent d'une absence de pilotage du besoin en fonds de roulement et afin d'identifier les situations où le recours à des lignes de trésorerie masque un déficit structurel (cf. point 1.3.1 *supra*).

De manière plus générale, il doit être remarqué que ce mode de gestion de la trésorerie apparaîtrait peu compatible avec les principes mêmes qui fondent la réforme de la tarification à l'activité (T2A), l'autonomie de gestion des établissements publics de santé et la responsabilisation de leurs gestionnaires sur l'équilibre financier.

1.4.2.2. La mutualisation impacterait les dépôts des établissements de santé auprès du Trésor et pourrait avoir des conséquences sur la gestion de la dette publique

Si la gestion du mécanisme de mutualisation devait être assurée directement par l'État, a minima une part des dépôts actuels des établissements de santé ne serait plus déposée sur le compte du Trésor, mais alimenterait les établissements dans une situation de besoin de trésorerie. Le principe d'obligation de dépôt ne serait pas formellement remis en cause, mais le montant des dépôts serait moindre. Cette option apparaît comme la moins problématique, mais suppose qu'un service de l'État soit techniquement en capacité d'intervenir, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Si la gestion devait être assurée par un organisme indépendant de l'État tel que l'ACOSS, il est probable que les organes de gouvernance de cet organisme demandent que l'ensemble des dépôts lui soient confiés, afin de disposer d'une base de mutualisation la plus large possible et de limiter autant que possible le risque.

Le principe d'obligation de dépôt au Trésor devrait alors être remis en cause et le montant des dépôts au Trésor diminuerait de 3 Md€.

Quelles que soient les modalités de gestion retenues, le montant des dépôts des établissements de santé auprès du Trésor diminuerait donc, ce qui pourrait entraîner diverses conséquences en matière de gestion de la dette publique.

En premier lieu, une augmentation directe de la charge de la dette. La diminution ou le retrait total des dépôts augmenterait la charge de la dette à due concurrence et devrait être compensé par l'émission de dette publique à moyen et long termes.

Selon l'Agence France Trésor (AFT), dans l'hypothèse d'une remise en cause totale de l'obligation de dépôt au Trésor, le surcroît direct de charge de la dette serait de l'ordre de 80 M€ par an sur la base des taux anticipés pour 2013 et de l'ordre de 90 M€ en retenant le niveau des taux anticipé pour 2014.

En second lieu, un risque de dégradation des conditions de financement de l'État français. La réduction des dépôts des établissements publics de santé imposerait à l'État de modifier à la hausse son programme de financement, à court, moyen et long terme, afin de mobiliser d'autres sources de financement.

Cette hausse du programme d'émissions pourrait constituer un mauvais signal pour les marchés financiers et les agences de notation¹², et pourrait dégrader les conditions globales de financement de l'État français. Elle viendrait en partie remettre en cause les efforts de mutualisation des trésoreries publiques réalisés sous l'égide de l'AFT et de la DGFIP qui ont permis de réduire progressivement le programme d'émission et la charge de la dette.

Au-delà des difficultés évoquées précédemment, la mutualisation des trésoreries hospitalières pourrait entraîner, par effet de contagion, des conséquences sur les dépôts des collectivités locales, et plus largement du secteur public local¹³.

Remettre en cause, partiellement ou totalement, l'obligation de dépôt des établissements de santé auprès du Trésor conduirait les collectivités locales à faire valoir l'égalité de traitement et demander l'abrogation de ce principe, ou à tout le moins son atténuation. La position de l'État serait alors fragilisée dans un contexte de réforme de l'organisation territoriale et de demandes répétées des élus de bénéficier de dérogations à l'obligation de dépôt.

Si ce mouvement devait s'étendre à l'ensemble du secteur public local, les dépôts concernés représenteraient plus de 40 Md€ de dette publique supplémentaire à lever sur les marchés, soit près d'un quart de plus que la prévision d'émission annoncée par l'AFT pour l'année 2013 (169 Md€).

L'AFT considère que le surcoût budgétaire pour la seule charge de la dette serait proche de 1 Md€ en retenant les taux prévisionnels sous-jacents du projet de loi de finances pour 2013.

L'AFT estime en outre que ce coût pourrait être fortement majoré par l'impact sur les conditions de financement globales de l'État qui a été évoqué précédemment. D'après son estimation, en prenant l'hypothèse d'une hausse de 30 points de base¹⁴ des taux de financement de la France, le surcoût sur la charge existante de la dette pourrait atteindre plus de 20 Md€ en cumulé sur dix ans.

¹² La France fait d'ores et déjà partie des premiers émetteurs de la zone euro.

¹³ Les correspondants du Trésor appartenant au secteur public local et soumis à l'obligation de dépôt sont : les régions, les départements, les communes, les établissements publics de santé, les organismes de logement social et les établissements publics locaux.

¹⁴ L'AFT estime qu'une telle dégradation ne doit pas être considérée comme un majorant, le *spread* entre la Belgique et la France étant compris respectivement entre 30 et 40 points de base sur les maturités d'émission de 5 ans et 10 ans.

1.4.3. La mise en place d'un dispositif généralisé d'avances de trésorerie serait peu vertueuse et juridiquement fragile en droit communautaire

Une autre voie envisageable pour répondre aux besoins de certains établissements consisterait, sans mutualiser les trésoreries hospitalières, à mettre en place un dispositif généralisé d'avances de trésorerie géré directement par un service de l'État ou par un organisme indépendant se refinançant à des conditions proches de l'État.

Ce dispositif généralisé se substituerait probablement de manière progressive à l'offre bancaire de court terme dans la mesure où les conditions financières seraient très attractives, le refinancement des avances de trésorerie étant assuré par des émissions bénéficiant de la signature de l'État ou d'une signature quasi-équivalente s'il s'agit d'un organisme indépendant proche de l'État¹⁵. Même si les conditions financières proposées devaient être équivalentes à celles proposées par le marché, il est très probable que la substitution s'opérerait, les hôpitaux préférant recourir à un dispositif étatique ou assimilé.

Indépendamment des problématiques liées au choix de l'organisme gestionnaire¹⁶, cette solution présente les mêmes risques d'aléa moral que la mutualisation évoquée précédemment, les établissements bénéficiant d'avances de trésorerie pouvant être tentés d'adopter des comportements peu vertueux (gestion non rigoureuse des encaissements et décaissements, non respect des échéances de remboursement).

Ces risques apparaissent même supérieurs dans la mesure où, en l'absence de mutualisation, il n'existerait aucune auto-régulation du secteur hospitalier¹⁷, l'État ou l'organisme en charge de la gestion des avances de trésorerie apparaissant en première ligne et pouvant être considéré comme le garant naturel d'une éventuelle défaillance.

Par ailleurs, pour l'État ou l'organisme gestionnaire, l'octroi de ces avances suppose une augmentation du programme d'émission pour en assurer le refinancement, ce qui serait particulièrement problématique au vu du risque de contagion au secteur public local dans son ensemble. L'analyse est sur ce point comparable à celle développée dans la partie précédente sur la mutualisation des trésoreries et le risque induit de retrait de tous les dépôts du secteur public local du compte du Trésor.

Enfin, le dispositif étant généralisé et risquant de se substituer à l'offre bancaire existante, la question de sa compatibilité avec le droit communautaire se pose et devrait être examinée de manière approfondie.

La principale fragilité de ce point de vue est la rupture d'égalité dont pourraient arguer les établissements privés de santé qui seraient contraints, contrairement à leurs homologues publics, de continuer de financer leurs besoins de trésorerie auprès du secteur bancaire à un coût supérieur.

Pour résoudre cette difficulté, il conviendrait de pratiquer des conditions financières équivalentes à celles du marché et d'ouvrir le dispositif d'avances à tous les établissements de santé, publics comme privés, ce qui paraîtrait en l'espèce peu pertinent.

¹⁵ En effet, dans ce schéma, en l'absence de mutualisation des trésoreries, les avances ne peuvent être financées par les dépôts des établissements excédentaires et l'entité octroyant les avances doit se refinancer sur les marchés à travers un programme d'émission.

¹⁶ L'État dispose de programmes budgétaires permettant d'octroyer des avances (notamment le programme 823 intitulé « Avances à divers services de l'État ou aux organismes gérant des services publics ») mais n'intervient que très ponctuellement, sans système de gestion dédié. L'ACOSS semble être l'organisme le plus à même de gérer ce dispositif.

¹⁷ Dans un schéma de mutualisation des trésoreries, il est en effet probable que les établissements vertueux exercent une certaine pression morale à l'égard des établissements bénéficiant des aides en trésorerie et adoptant des comportements préjudiciables à la mutualité.

1.5. L'accès au crédit court terme doit être maintenu jusqu'à la mise en place d'une gestion rigoureuse de la trésorerie dans tous les établissements

1.5.1. La sécurisation de l'accès aux lignes de trésorerie à titre transitoire mais l'affirmation d'une suppression à moyen terme de cet instrument

Comme évoqué précédemment le recours des établissements publics de santé à un financement bancaire de court terme résulte principalement d'un déficit de gestion de la trésorerie et du fonds de roulement. Il doit d'ailleurs être rappelé que moins d'un cinquième des établissements ont recours à des lignes de trésorerie.

A moyenne échéance, cet instrument de financement ne devrait donc plus être utilisé, les hôpitaux n'ayant structurellement pas besoin d'un financement externe de court terme.

La mission considère par conséquent que le ministère de la santé, autorité de tutelle des établissements publics de santé, devrait indiquer très clairement son souhait d'interdire à moyen terme le recours aux lignes de trésorerie. Cette interdiction pourrait être mise en place par décret simple pris en application de l'article L. 6141-2-1¹⁸ du code de la santé publique, après une période transitoire permettant aux établissements de renforcer la gestion de leur trésorerie (cf. points 1.5.2 et 1.5.3 *infra*).

Proposition n° 1 : Prévoir, après une période transitoire de trois années destinée à améliorer la gestion des trésoreries hospitalières, l'adoption d'une disposition réglementaire prise en application de l'article L. 6141-2-1 du code de la santé publique et interdisant aux établissements publics de santé de recourir auprès du marché à des instruments de financement court terme.

L'instauration d'une telle interdiction apparaît d'autant plus légitime que le crédit court terme pourrait être le premier segment du marché du financement des hôpitaux dont les établissements bancaires se retireront massivement et rapidement en cas de nouvelle crise majeure de liquidité¹⁹, ce qui constituerait un facteur de grande déstabilisation du secteur public hospitalier. Ce risque n'est pas théorique et ne doit donc pas être sous-estimé, comme cela semble être le cas aujourd'hui.

Durant la période transitoire précédant l'interdiction de recours aux instruments de court terme, il apparaît indispensable de préserver une offre bancaire aux conditions financières équilibrées.

De ce point de vue, le crédit court terme ne présente pas de spécificité par rapport aux emprunts de moyen et de long terme. Les mesures envisagées pour ces derniers dans la deuxième partie du présent rapport, principalement en termes de restauration de la confiance des banques, ne peuvent que bénéficier à l'offre de financement court terme.

¹⁸ L'article L. 6141-2-1 du code de la santé publique prévoit que « *Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre : [...] 6° Les emprunts et avances, dans les limites et sous les réserves fixées par décret* ».

¹⁹ Comme indiqué au point 1.2 *supra*, les lignes de trésorerie se révèlent particulièrement pénalisantes en matière de ratios prudentiels imposés dans le cadre des accords de Bâle.

1.5.2. L'instauration dans chaque établissement d'un plan prévisionnel de trésorerie actualisé régulièrement et d'un fonds de roulement de sécurité

1.5.2.1. L'obligation, pour tous les établissements, de mettre en place un plan de trésorerie prévisionnel sur trois ans soumis à validation de l'ARS

La problématique du suivi de la trésorerie dans les établissements publics de santé est identifiée depuis plus d'une dizaine d'années. Elle a fait l'objet de travaux interministériels et donné lieu à la publication de diverses circulaires.

A la suite du rapport annuel de la Cour des Comptes annexé à la loi de financement de sécurité sociale pour 1998 qui pointait l'existence d'importants excédents de trésorerie, la direction des hôpitaux et la direction générale de la comptabilité publique ont engagé en 1999 une analyse détaillée sur la trésorerie des établissements publics de santé. Celle-ci a révélé une très grande hétérogénéité de la situation des établissements au regard de leur trésorerie, certains établissements présentant un solde du compte auprès du Trésor équivalant à zéro jour d'exploitation, d'autres établissements présentant un solde équivalant à deux mois de charges d'exploitation, certaines structures enfin connaissant des difficultés de paiement du fait d'une insuffisance de trésorerie.

En d'autres termes, l'agrégation des soldes des comptes au Trésor des hôpitaux laissait apparaître au niveau national un excédent significatif qui était cependant très inégalement réparti entre les établissements pour des motifs structurels et liés aux modalités de gestion de la trésorerie mises en œuvre dans chaque établissement.

Sur la base de cette analyse, une circulaire interministérielle en date du 8 juin 2000²⁰ a été publiée pour « donner aux établissements les premières préconisations en matière d'amélioration de la gestion de la trésorerie au regard du constat effectué au début de l'année 1999 par la direction des hôpitaux et la direction générale de la comptabilité publique ».

Pour compléter cette démarche, la direction des hôpitaux et la direction générale de la comptabilité publique ont publié en septembre 2001 un guide méthodologique relativement détaillé et complet intitulé « Gestion active de la trésorerie hospitalière ».

En dépit de ces initiatives, la situation des trésoreries hospitalières apparaît, plus de dix années après, sensiblement identique (cf. point 1.1 *supra*), voire même un peu plus dégradée encore. En effet, certains établissements se trouvent actuellement en très forte difficulté de trésorerie, ce qui a justifié en septembre 2012 la mise en place par voie de circulaire de comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé (cf. encadré n° 3 *infra*).

Encadré 3 : Les comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé

Extraits de la circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/350 du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé :

« 1. Composition et fonctionnement des comités régionaux de veille active sur la trésorerie des établissements publics de santé

Au sein de chaque région, vous mettrez en place, dès octobre 2012, un comité régional de veille active sur la trésorerie des EPS réunissant le directeur général de l'ARS et le directeur régional des finances publiques ou leurs représentants. En tant que de besoin, les comités pourront, dans le cadre de leurs

²⁰ Circulaire interministérielle DGCP/6B/DH/AF 3 n° 2000-319 du 8 juin 2000 relative à la gestion de la trésorerie des établissements publics de santé.

Rapport

travaux, convier le directeur régional de la Banque de France ou toute personnalité qualifiée et entendre l'ordonnateur et le comptable hospitalier de certains établissements.

Ces comités régionaux se réuniront dès que la situation d'un ou plusieurs établissements l'exigera et au moins une fois par trimestre. Le secrétariat du comité sera assuré par l'ARS.

Le directeur général de l'ARS et le directeur régional des finances publiques, désigneront chacun, dans leurs services respectifs, un référent de façon à faciliter les échanges.

2. Missions des comités régionaux de veille active sur la trésorerie des établissements publics de santé

Les comités régionaux de veille active doivent prévenir les situations d'insuffisance de trésorerie des EPS. A ce titre, ces comités sont notamment chargés de :

- établir une liste des établissements de la région présentant des risques d'insuffisance de trésorerie ;
- évaluer le niveau de risques encouru et en analyser les causes ;
- mettre en place une veille active sur l'évolution de la trésorerie de ces établissements ;
- apporter en première intention les solutions visant à prévenir toute situation de risque de défaut de paiement d'un EPS (rémunérations, échéances bancaires, cotisations et contributions sociales salariales et/ou patronales, etc.) ;
- assurer une remontée nationale des situations de trésorerie prévisionnelles des établissements concernés, au travers d'un plan type de trésorerie. ». [...]

Au moment de sa mise en place, chaque comité régional devra établir une liste d'établissements présentant des profils de trésorerie pouvant conduire à un risque d'insuffisance de liquidités pour assurer le paiement des différentes échéances prioritaires. Outre la possibilité donnée aux chefs des établissements publics de santé de solliciter le comité, cette liste sera établie notamment à partir des éléments de suivi ci-après :

- établissements concernés par le dispositif automatisé de détection des EPS rencontrant des difficultés financières, avec une note inférieure ou égale à 12/40, et dont les résultats financiers actualisés (dernier compte financier validé, EPRD) justifient un suivi particulier ;
- établissements présentant une dégradation importante sur les 6 derniers mois de leur délai global de paiement des fournisseurs et de leurs charges sociales et fiscales (cotisations et contributions sociales, taxe sur les salaires,...). Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales signalent au comité les établissements qui se trouvent dans cette situation ;
- établissements rencontrant des difficultés pour accéder au marché du financement bancaire (court terme ou long terme) et risquant dès lors une rupture conjoncturelle de liquidités ;
- établissements subissant une forte dégradation de leur niveau d'activité et/ou de leur équilibre budgétaire ;
- établissements ayant signalé eux-mêmes (par le biais de l'ordonnateur ou du comptable) des difficultés actuelles ou futures sur le niveau de leurs disponibilités.

Source : Site internet Légifrance.

La mission considère qu'il est, dans un premier temps, indispensable de renforcer les obligations des établissements publics de santé en matière de suivi de leur trésorerie et de transmission des données au directeur général d'Agence régionale de santé (ARS) compétent.

La circulaire du 14 septembre 2012 marque une première avancée sur ce point en imposant la transmission et l'actualisation mensuelle d'un plan prévisionnel de trésorerie sur six mois pour tous les établissements identifiés par les comités de veille comme étant dans une situation de trésorerie fragile (cf. encadré n° 3 *supra*).

Cette obligation spécifique est utile pour le traitement à court terme des situations de trésorerie les plus dégradées et doit être conservée. Elle s'avère toutefois insuffisante pour assurer un suivi précis de l'ensemble des trésoreries hospitalières et servir de base à un assainissement de celles-ci, notamment dans la perspective d'une interdiction du recours aux lignes de trésorerie.

Rapport

La mission estime donc qu'une obligation plus générale devrait être mise en œuvre afin de permettre aux ARS de disposer d'une vision claire et pluriannuelle de la trésorerie de l'ensemble des établissements publics de santé.

Elle propose que soit imposée à tous les hôpitaux l'obligation d'établir un plan pluriannuel de trésorerie soumis à la validation du directeur général de l'ARS et actualisé de manière glissante²¹ à échéances régulières.

Pour les établissements qui présentent des difficultés récurrentes de trésorerie, ce plan pluriannuel permettrait à l'ARS de disposer d'une vision plus prospective utile pour évaluer les solutions pour un retour à l'équilibre.

Plus généralement, pour l'ARS, ces plans pourraient constituer des instruments d'aide à la décision pour l'attribution des aides au titre des MIGAC en permettant de prioriser les demandes, notamment en différant certaines aides pour les établissements dont la trésorerie est très excédentaire.

Proposition n° 2 : Imposer à tous les établissements publics de santé d'élaborer, avant la fin de l'année 2013, un plan de trésorerie prévisionnel sur 36 mois glissants et de le transmettre pour validation au directeur général de l'ARS. Imposer une actualisation de ce plan tous les six mois et la transmission de la version actualisée au directeur général de l'ARS pour validation.

1.5.2.2. La détermination par l'ARS d'un fonds de roulement de sécurité s'imposant à tous les établissements publics de santé

En parallèle du suivi plus précis des trésoreriers, la mission considère indispensable de définir, pour chaque établissement de santé, une norme en matière de fonds de roulement, c'est-à-dire un fonds de roulement de sécurité s'imposant et permettant de faire face aux décaissements sans recourir à des financements externes de court terme.

En tant que tutelle des établissements de santé, il reviendrait aux ARS de déterminer ce fonds de roulement de sécurité en s'appuyant sur un outil informatique national qui pourrait être développé par la DGOS et alimenté par la plateforme informatique ANCRE qui permet de disposer des données du cycle d'exploitation des hôpitaux.

Les travaux menés par l'ARS de Rhône-Alpes (cf. encadré n° 4 *infra*) pourraient de ce point de vue être utilement examinés par l'administration centrale. L'outil informatique développé par l'ARS permet en effet de calculer le besoin en fonds de roulement réel d'un établissement, et donc d'en déduire le fonds de roulement de sécurité. Il permet en outre de calculer un besoin en fonds de roulement normatif²² et de confronter celui-ci avec le besoin en fonds de roulement réel, afin de mettre en évidence les postes sur lesquels les délais présentent des écarts significatifs. Ceci s'avèrerait notamment très utile dans le cadre de la démarche d'optimisation du besoin en fonds de roulement évoquée *infra*.

²¹ L'objectif est que l'ARS puisse disposer, tous les 6 mois, d'une vision actualisée de l'estimation des encaissements et décaissements à venir de l'établissement sur les 36 mois suivants.

²² Le terme « normatif » signifie que ce besoin en fonds de roulement résulte de délais de paiement et de recouvrement qui sont normés (fixés) par l'ARS.

Encadré 4 : L'exemple de l'outil de calcul du besoin en fonds de roulement en cours d'expérimentation au sein de l'ARS Rhône-Alpes

L'ARS Rhône-Alpes a mis en place un outil permettant de calculer, sur la base des données relatives à son cycle d'exploitation, le besoin en fonds de roulement (BFR) d'un établissement public de santé et de manière induite le fonds de roulement qu'il devrait constituer afin d'être en mesure de faire face à ses engagements de trésorerie sans recourir à des financements externes de court terme. Il permet en outre de calculer un BFR normatif et de comparer celui-ci au BFR réel de l'établissement.

Le fonctionnement de cet outil développé sous Excel peut être schématiquement décrit comme suit :

- Un premier tableau, alimenté via la plateforme informatique ANCRE, reprend le bilan financier de l'établissement ;
- Un deuxième tableau norme des délais de paiement ou de recouvrement ;
- Un troisième tableau calcule le besoin en fonds de roulement « normatif » issu de ces délais normatifs appliqués aux flux financiers. La notion de BFR normatif « sécurisé » vient du fait que sont ajoutés à ce BFR normé les dépréciations pour compte de tiers (comptes de classes 39, 49 et 59) et les provisions Compte Épargne Temps (comptes 157 et 158), qui ne sont pas appréciées comme des ressources stables dans cette approche ;
- Un quatrième tableau confronte le BFR réel et le BFR normatif, ce qui permet de mettre en évidence les postes sur lesquels les délais présentent de gros écarts et leur impact sur le BFR.

Cet outil est actuellement en cours d'expérimentation auprès du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse et l'ARS Rhône-Alpes a engagé des démarches auprès de l'administration centrale, notamment en lien avec l'ARS Ile de France, pour en obtenir la généralisation. La DGOS n'a pour le moment pas répondu aux sollicitations de l'ARS Rhône-Alpes.

Source : ARS Rhône-Alpes – Mission IGF-IGAS.

Proposition n° 3 : Mettre au point et généraliser, dans l'ensemble des ARS, un outil unique alimenté par la plateforme informatique ANCRE et permettant de calculer, sur la base des données du cycle d'exploitation, le besoin en fonds de roulement réel de chaque établissement public de santé.

Proposition n° 4 : Imposer progressivement, dans chaque établissement, la mise en place d'un fonds de roulement de sécurité correspondant au besoin en fonds de roulement calculé par l'ARS (proposition n° 3 *supra*).

Pour certains établissements, la constitution dans un délai raisonnable d'un fonds de roulement de sécurité pourrait se révéler complexe et nécessiter un appui. Cet appui pourrait prendre la forme d'une décision individuelle et temporaire d'anticipation du calendrier de versement des échéances de T2A.

Prise sous le contrôle de l'ARS en lien direct avec l'ACOSS qui assure les versements des échéances pour le compte de l'assurance maladie, une telle décision permettrait à l'établissement de retrouver temporairement une meilleure adéquation entre ses décaissements et ses encaissements et de reconstituer ainsi plus rapidement son fonds de roulement de sécurité. **Cette décision ne pouvant s'appliquer que temporairement, cela suppose toutefois que l'établissement mette parallèlement en œuvre les mesures utiles pour dégager les ressources propres nécessaires à la constitution du fonds de roulement de sécurité.**

Il doit être souligné qu'une modification du calendrier de versement est d'ores et déjà intervenue suite à un arrêté du 18 août 2012 qui a anticipé de cinq jours le versement de la deuxième échéance, ramenant celle-ci du 25 du mois au 20 du mois pour l'ensemble des établissements publics de santé (cf. encadré n° 5 *infra*).

Rapport

Encadré 5 : Calendrier de versement de la T2A par la CNAMTS aux établissements publics de santé

L'article 7 de l'arrêté du 23 janvier 2008, modifié par l'arrêté du 18 août 2012, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés fixe les modalités et le calendrier de versement de la T2A par la CNAMTS :

« I. - Les montants dus au titre de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations d'un mois donné sont versés par la caisse mentionnée à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

1° Le 15 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un premier versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 25 % d'un douzième du montant mentionné au II du présent article ;

2° Le 20 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un second versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 45 % d'un douzième du montant mentionné au II du présent article ;

3° Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié en application des dispositions de l'article 5 diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° du I du présent article.

II. - Le montant pris en compte pour la détermination des versements mentionnés aux 1° et 2° du I est égal à la somme du montant des versements effectués à l'établissement au titre de la valorisation des données d'activités mentionnées à l'article 3 lors de l'exercice antérieur, à l'exception de celles mentionnées au 4° du même article. »

Source : Site internet Légifrance.

Après avoir pris l'attache de l'ACOSS, la mission considère qu'une nouvelle anticipation pourrait être mise en œuvre, mais qu'elle ne doit pas concerner tous les établissements pour deux raisons essentielles :

- ♦ d'une part, une nouvelle anticipation généralisée pourrait dégrader le profil de trésorerie de l'ACOSS et contraindre celle-ci à modifier substantiellement son programme de refinancement auprès du marché (en particulier son programme d'émissions obligataires). D'après les représentants de l'ACOSS, la modification du calendrier de versement mise en œuvre en août dernier n'a pas entraîné de dégradation du profil de trésorerie de l'ACOSS car elle était limitée à cinq jours ;
- ♦ d'autre part, une nouvelle anticipation n'apparaît justifiée que pour les établissements présentant des problèmes de trésorerie, l'ACOSS n'ayant pas vocation à abonder artificiellement la trésorerie de l'État. En effet, pour les établissements en situation d'excédent de trésorerie, une nouvelle anticipation conduirait à accentuer leur excédent et à augmenter le solde de leur compte auprès du Trésor.

La mission souhaite en outre insister sur le fait que cette anticipation des versements ne saurait être mise en place dans le cas d'établissements présentant une situation financière structurellement dégradée. Une analyse préalable, au cas par cas, par l'ARS apparaît donc indispensable.

Proposition n° 5 : Pour les établissements ayant des difficultés de trésorerie mais ne présentant pas de dégradation structurelle de leur situation financière, faciliter la constitution du fonds de roulement de sécurité par la mise en place, sous le contrôle de l'ARS et en lien avec l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), d'une anticipation du calendrier de versement des échéances de la T2A. Cette anticipation temporaire vise à donner aux établissements concernés le temps de prendre les mesures permettant de dégager les ressources propres nécessaires à la constitution du fonds de roulement de sécurité.

1.5.3. Le renforcement de la démarche d'optimisation du besoin en fonds de roulement par une gestion plus active des encaissements et décaissements

Pour compléter les mesures développées *supra*, la mission considère enfin que la démarche d'optimisation du besoin en fonds de roulement (BFR) doit être fortement renforcée dans l'ensemble des établissements publics de santé, et prioritairement dans ceux d'entre eux présentant des difficultés de trésorerie.

Dans sa première partie consacrée à l'amélioration du cycle d'exploitation, la circulaire du 8 juin 2000 (cf. point 1.5.2.1 *supra*) indiquait que « *La maîtrise du cycle d'exploitation repose sur une politique préalablement définie de paiement des fournisseurs et de recouvrement des créances. Le besoin en fonds de roulement d'exploitation en résultant doit correspondre à « un juste besoin », mesuré à partir d'un délai prévisionnel de paiement des fournisseurs et d'un délai moyen de recouvrement des créances* ».

Face aux problèmes subsistants et à la gestion insuffisamment active de leur trésorerie par certains établissements, la mission propose de lancer une nouvelle démarche sur cette thématique, sous l'impulsion du ministère de la santé et avec le relai des ARS.

Un premier volet de cette démarche pourrait consister en la rédaction et la diffusion à l'ensemble des établissements publics de santé d'un guide méthodologique sur la gestion active de la trésorerie. Ce guide pourrait s'inspirer du guide publié en septembre 2001 (cf. 1.5.2.1 *supra*) et comporter non seulement une présentation théorique des leviers d'amélioration de la gestion de la trésorerie, mais également des outils pratiques pouvant être mis en place par les établissements. Il reviendrait à la DGOS et à la DGFIP de rédiger conjointement ce guide.

Proposition n° 6 : Faire rédiger conjointement, par la DGOS et la DGFIP, un guide méthodologique relatif à la gestion active de la trésorerie et destiné à être diffusé à dans l'ensemble des établissements de santé. Ce guide pourrait comporter une présentation théorique des leviers d'amélioration de la gestion de la trésorerie ainsi que des outils pratiques pouvant être mis en œuvre par les gestionnaires.

Un second volet de cette démarche pourrait consister en la désignation, au sein de chaque ARS et Direction régionale des finances publiques (DRFiP), d'un agent référent en matière de gestion de la trésorerie. Ces référents pourraient assurer un suivi personnalisé des établissements, en particulier ceux présentant une situation de trésorerie dégradée, et apporter un appui aux gestionnaires dans la mise en place des mesures utiles. Ces référents pourraient utilement être les mêmes personnes que celle désignées par le Directeur général de l'ARS et le Directeur régional des finances publiques dans le cadre de la circulaire du 14 septembre 2012 sur les comités de veille régionaux sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé²³.

Proposition n° 7 : Nommer, au sein de chaque ARS et Direction régionale des finances publiques, un référent en matière de gestion de la trésorerie. Ces référents pourraient conjointement apporter leur appui aux gestionnaires des établissements publics de santé pour la mise en place des mesures utiles.

Pour les ARS, les référents pourraient en outre être intégrés aux cellules spécialisées que la mission recommande de mettre en place sur les problématiques d'emprunt (proposition n° 14 dans la partie 2 *infra*). Ceci apparaîtrait justifié compte tenu des liens étroits entre les questions de trésorerie et celles de crédit bancaire, en particulier lorsque les établissements souscrivent des lignes de financement court terme.

²³ La circulaire DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/ 350 du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé prévoit en effet que « *Le directeur général de l'ARS et le directeur régional des finances publiques, désigneront chacun, dans leurs services respectifs, un référent de façon à faciliter les échanges* ».

2. La capacité des établissements publics de santé à financer leurs investissements par le crédit bancaire moyen et long terme doit être préservée en rétablissant la confiance du secteur bancaire

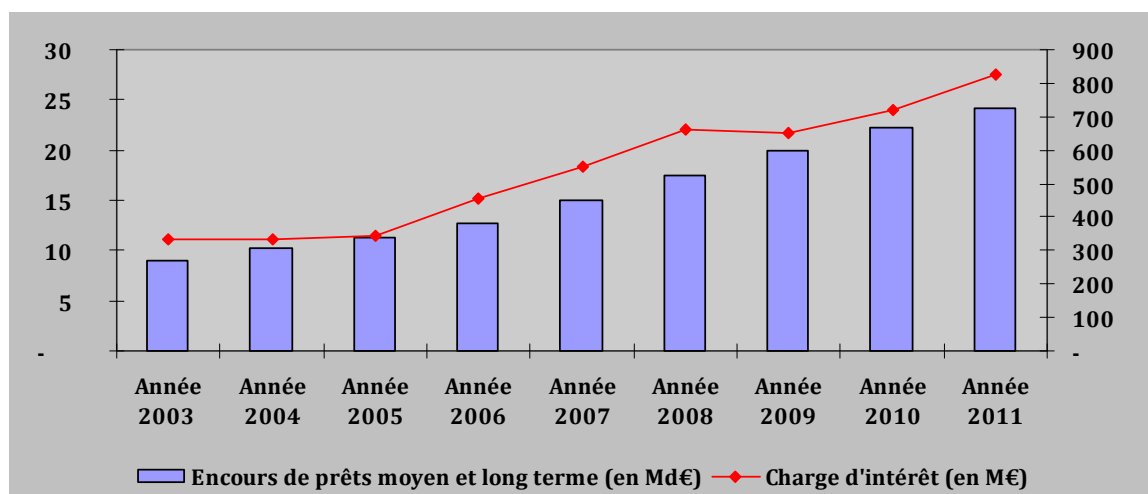
2.1. La dette bancaire moyen et long terme des établissements de santé a presque triplé et est pour partie composée de crédits « sensibles »

2.1.1. L'endettement moyen et long terme est passé de 9 Md€ en 2003 à 24 Md€ en 2011 et concerne actuellement près de 89 % des établissements

L'examen des données comptables de la DGFIP montre que la dette bancaire de moyen et long terme des établissements publics de santé (compte 164 - Emprunts auprès des établissements de crédits) a pratiquement triplé sur les dix dernières années, passant de 9 Md€ en 2003 à près de plus de 24 Md€ en 2011 (cf. graphique n° 8 *infra*).

Il doit être précisé que sur cette même période de temps, l'encours de dette obligataire des établissements (compte 163 - Emprunts obligataires) a également progressé de manière très significative, en passant d'environ 240 M€ en 2003 à plus de 1,6 Md€ en 2011. La question du recours à ce type de financement est examinée au point 2.5.2 *infra*.

Graphique 8 : Évolution de l'encours de prêts bancaires des établissements et de la charge d'intérêt sur la période 2003-2011



Source : Données DGFIP - Traitement Mission IGF-IGAS.

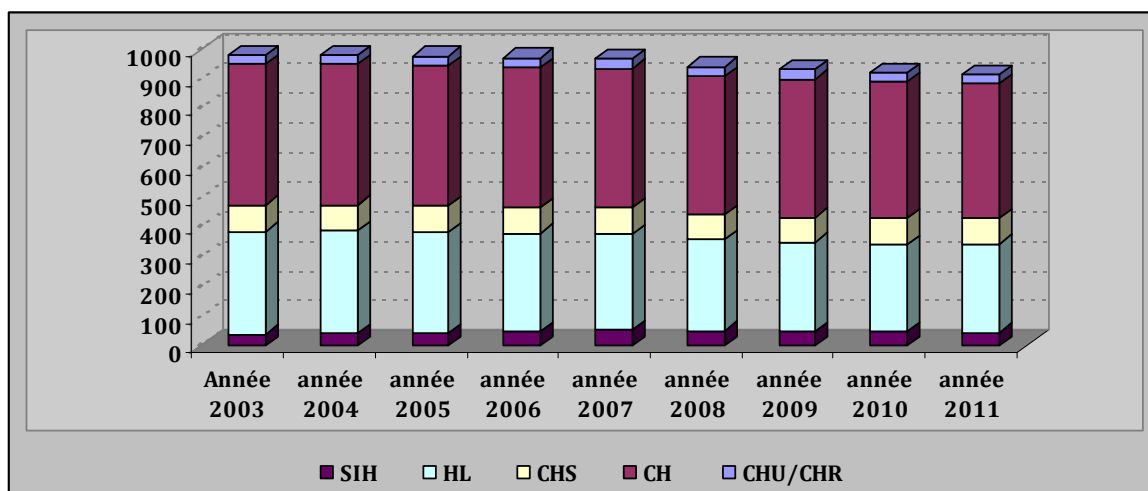
Les frais financiers correspondants (Compte 6611 - Intérêts des emprunts et dettes) ont quant à eux été multiplié par 2,5, s'établissant à plus de 823 M€ en 2011 contre un peu moins de 335 M€ en 2003 (cf. graphique n° 8 *supra*).

Contrairement à l'endettement de court terme, l'endettement bancaire moyen et long terme concerne la très grande majorité des établissements de santé, 89 % d'entre eux disposant d'un encours de prêts (cf. graphique n° 9 *infra*).

Toutes les catégories d'établissements sont concernées : les centres hospitaliers régionaux universitaires (CRHU), les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers spécialisés (CHS), les hôpitaux locaux (HL) ainsi que les syndicats inter-hospitaliers (SIH).

Rapport

Graphique 9 : Évolution globale et par catégorie du nombre d'établissements ayant recours à des emprunts bancaires moyen et long terme (2003-2011)



Source : Données DGFIP – Traitement Mission IGF-IGAS.

2.1.2. Une part significative de l'encours est composée de crédits structurés qui présentent pour certains un fort risque de dégradation financière

Une part significative de l'encours de prêts souscrits par les établissements publics de santé est composée de crédits structurés, dont certains peuvent être qualifiés de « sensibles » au vu de l'échelle de cotation du risque contenue dans la charte de bonne conduite dite « Charte Gissler » (cf. encadré n° 6 *infra*).

Encadré 6 : Les caractéristiques des crédits structurés/sensibles et la Charte « Gissler »

Les crédits « structurés » sont constitués par la combinaison d'un prêt et d'un ou plusieurs instruments financiers. Parmi ces crédits structurés, on trouve différents produits :

- Les produits structurés à barrière : crédits dont le taux demeure fixe et inférieur aux taux fixes classiques, tant que le taux de référence (l'Euribor) ou l'indice sous-jacent (écart de valeur entre deux indices d'inflation ou entre deux monnaies par exemple) ne dépasse pas une barrière consistant en un taux déterminé ;
- Les produits de pente : produits dont le taux est fonction d'une fourchette de variation entre les taux courts et les taux longs ;
- Les produits de courbe : produits dont le taux est déterminé par l'écart entre deux indices exprimés dans des devises différentes et/ou sur des marchés distincts sans avoir nécessairement la même maturité ;
- Les produits à effet de structure cumulatif (« *snow-ball* ») : produits présentant un effet cliquet dans la mesure où le taux payé à chaque échéance est déterminé sur la base d'une incrémentation cumulative par rapport au taux de la ou des échéances précédentes, qui servent ainsi de base pour la détermination des taux suivants, de telle sorte que le taux supporté ne peut qu'augmenter ou se stabiliser.

La notion de crédits « sensibles » désigne certains crédits structurés dont la formule de taux présente un risque particulier ou des crédits libellés ou indexés sur des monnaies étrangères classés hors de la Charte « Gissler ». Les crédits structurés sensibles sont des crédits dont le taux calculé dépend de références éloignées de celles usuellement employées par les emprunteurs publics français (un cours de change, un écart entre deux indices de taux, un français l'autre étranger) et selon une formule de calcul comportant, dans la plupart des cas, des barrières et des effets de levier.

Adoptée le 7 décembre 2009, la Charte de bonne conduite dite « Charte Gissler », prévoit que les banques ne commercialisent plus que des produits correspondant à la typologie suivante :

Rapport

Indices sous-jacents		Structures	
1	Indices zones euro	A	<ul style="list-style-type: none"> - Échange de taux fixe contre taux variable ou inversement. - Échange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique) - Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel)
2	Indices inflation française ou inflation Zone euro ou écart entre ces indices	B	Barrière simple sans effet de levier
3	Écarts d'indices Zone euro	C	Option d'échange (swaption)
4	<ul style="list-style-type: none"> - Indices hors Zone euro - Écart d'indices dont l'un est un indice hors Zone euro 	D	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicateur jusqu'à 3 - Multiplicateur jusqu'à 5 et taux plafonné
5	Écart d'indices hors Zone euro	E	Multiplicateur jusqu'à 5

Toutefois, des prêts ne répondant pas à ces critères ont été commercialisés par les banques avant l'entrée en vigueur de la Charte (au plus tard le 1^{er} janvier 2010). Ils sont qualifiés de prêts « hors Charte » et recouvrent les produits financiers :

- qui comportent un risque de change pour les emprunteurs qui n'ont pas de ressources dans la devise d'exposition ;
- dont les taux évoluent en fonction d'index tels que les indices relatifs aux matières premières, aux marchés d'actions ;
- dont les taux évoluent par une référence à la valeur relative de devises ;
- dont la première phase de bonification d'intérêt est supérieure à 35 % du taux fixe équivalent ou de l'Euribor à la date de proposition et d'une durée supérieure à 15 % de la maturité totale ;
- qui ont des effets de structure cumulatifs ou qui présentent un risque sur le capital.

Source : Mission IGF-IGAS.

Il est à titre liminaire utile de noter que la question des emprunts structurés dans le secteur hospitalier est étroitement liée au financement de l'investissement. En effet, grâce à la souscription successive de produits présentant des taux d'intérêt de plus en plus faibles en contrepartie d'une prise de risque plus élevée sur leur évolution future, certains établissements de santé ont pu dégager des capacités d'investissement supplémentaires. Ces capacités supplémentaires étaient toutefois théoriques, car très fortement dépendantes de l'évolution des formules de taux qui s'est révélée très défavorable pour certains produits après la crise financière de 2008.

La vision la plus exhaustive²⁴ de cet encours de prêts sensibles est fournie par les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et en particulier par sa note d'analyse de la dette financière des établissements publics de santé. Actualisée en dernier lieu en avril 2012, cette note présente la situation au 31 décembre 2010 et a été réalisée à partir d'une base de données arrêtée au 8 février 2012 issue des enquêtes « Observatoire de la dette » (ODT) 2009 et 2010²⁵.

²⁴ La mission a également eu accès au rapport confidentiel de l'IGF relatif au portefeuille de prêts sensibles de Dexia (juin 2012). En dépit de la position majeure de Dexia sur ce marché, ce rapport ne traite par construction qu'une partie de l'encours de prêts structurés des établissements publics de santé. La confrontation des chiffres avec ceux de l'ATIH a toutefois permis de s'assurer de la cohérence de ces derniers.

²⁵ Ces données sont transmises par les établissements sans validation par les ARS. L'ensemble des établissements n'ayant pas répondu à l'enquête, les données en valeurs absolue (en particulier sur le montant total d'endettement) diffèrent quelque peu de celles présentées en partie 2.1.1.

Rapport

Tableau 1 : La répartition (en % et en valeur/ M€) de l'encours de prêts structurés des établissements de santé en fonction de leur cotation « Charte Gissler » (31 décembre 2010)

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

	A	B	C	D	E	F	Total
1	17 398,181	1 199,848	644,382	39,668	406,739	17,414	19 706,232
2	119,067	25,772	3,800	74,903	72,780	6,821	303,144
3	4,948	63,919	0,000	59,369	790,036	83,202	1 001,473
4	7,733	253,661	0,000	27,775	313,130	58,391	660,689
5	0,000	0,133	0,000	0,000	31,005	12,693	43,830
6	15,733	4,313	0,000	2,853	5,186	1 072,356	1 100,441
Total	17 545,662	1 547,646	648,182	204,568	1 618,875	1 250,877	22 815,810

Source : ATIH - Note d'analyse de la dette financière des établissements publics de santé (6 avril 2012).

L'examen des données du tableau n° 1 supra permet de mettre en évidence deux constats qui semblent devoir être soulignés :

- ◆ d'une part, 17,5 % (soit environ 4 Md€) de l'encours de prêts des établissements publics de santé sont composés de crédits ayant une cotation supérieure à 3B dans la « Charte Gissler » et peuvent à ce titre être considérés comme sensibles ;
- ◆ d'autre part, parmi ces 17,5 % de crédits sensibles, 5,6 % (soit environ 1,3 Md€) sont répertoriés « hors Charte Gissler » (catégories ayant une cotation supérieure à 5E) et présentent quant à eux un risque de taux particulièrement dégradé.

La mission souhaite insister sur le fait que l'existence de tels contrats de prêt représente une dette latente²⁶ pour les hôpitaux qui est d'autant plus élevée que la cotation des emprunts concernés aux termes de la « Charte Gissler » est élevée.

Les travaux conduits par l'IGF dans le cadre du rapport sur le portefeuille de prêts de Dexia (cf. note de bas de page n° 25) permettent d'évaluer approximativement le montant de cette dette latente à environ 2,2 Md€ pour les seuls prêts présentant un risque de taux très dégradé (cotation supérieure à 5E). Ce montant correspond au capital restant à rembourser, auquel s'ajoute l'indemnité de remboursement anticipée évaluée en moyenne à 65 % (donnée au 31 décembre 2011) du montant du capital restant dû sur la base des données du rapport de l'IGF cité supra²⁷.

²⁶ L'évolution défavorable des taux d'intérêt des emprunts sensibles, par rapport aux conditions au moment de leur souscription, représente une dette supplémentaire pour les établissements. Cette dette, qui évolue selon les conditions de marché (effet des mécanismes d'indexation), peut être considérée comme latente car elle ne se concrétise dans sa totalité que dans le cas où l'établissement fait le choix de rembourser de manière anticipée son emprunt (il s'agit de l'indemnité de remboursement anticipé). Si l'établissement ne fait pas ce choix, la dette est tout de même payée mais par fraction, à chaque échéance, sur la durée résiduelle du prêt.

²⁷ Les prêts ayant une cotation supérieure à 5E représentent un capital restant dû de 1,3 Md€, auquel il convient d'ajouter 65 % au titre de l'indemnité de remboursement anticipé, soit : 1,3 Md€ + (1,3 Md€ x 65 %) = 2,2 Md€.

La mission souhaite enfin souligner qu'il existe une très forte probabilité que cette dette latente soit acquittée par les établissements de santé, y compris s'ils font le choix de ne pas procéder au remboursement anticipé de leurs emprunts. En effet, l'indemnité de remboursement anticipé représentant la valeur actualisée des flux futurs d'intérêts du prêt à un instant donné, à situation de marché inchangée, l'établissement payera l'équivalent de cette indemnité sur la durée résiduelle de l'emprunt à travers les intérêts. **En conservant leurs emprunts, les établissements ont une chance de retour à meilleure fortune (sous réserve que la formule ne soit pas une formule à cliquets), mais ils prennent également le risque d'une dégradation supérieure.**

C'est pourquoi la mission recommande fortement (cf. propositions en ce sens *infra*) que les établissements de santé procèdent au remboursement anticipé de leurs emprunts structurés les plus sensibles, dans les meilleurs délais, y compris si cela doit entraîner un coût budgétaire certain. Il convient de préciser que la négociation avec les banques concernées doit se traduire par un remboursement effectif de l'emprunt, et donc par la disparition totale du risque correspondant, et non par un simple report dans le temps de certaines échéances. De tels reports entraînent un paiement supplémentaire d'intérêts pour l'emprunteur et ne diminuent aucunement le risque latent.

2.2. Les banques manifestent une réticence croissante à financer le secteur public hospitalier et modifient leur politique commerciale

Les entretiens conduits par la mission auprès des principales banques impliquées dans le financement du secteur public hospitalier ont confirmé la réticence croissante de leurs responsables et de leurs organes de gouvernance à l'égard de ce marché.

Cette réticence nouvelle des banques se manifeste par une évolution de leur politique commerciale à l'égard des établissements de santé, plus ou moins marquée en fonction des types de banques concernées et de leur niveau historique d'implication sur ce marché.

Un double mouvement de stabilisation, voire de diminution, du flux de crédits nouveaux et de renchérissement des conditions financières applicable au secteur public hospitalier peut ainsi être observé.

2.2.1. La stabilisation, voire la diminution de la production annuelle de nouveaux crédits aux établissements publics de santé

Certaines banques rencontrées ont indiqué à la mission avoir procédé sur une période récente à une stabilisation, voire à une diminution, de leur production de nouveaux crédits au secteur public hospitalier. Ainsi :

- ◆ **une banque a indiqué avoir stabilisé sur les trois dernières années sa production de prêts au secteur public hospitalier ;**
- ◆ **une autre a indiqué avoir baissé d'environ un quart sa production en 2012 par rapport à l'année 2011 ;**
- ◆ **une autre a enfin indiqué avoir totalement suspendu sa production annuelle de prêts nouveaux à la suite d'une décision de son comité des risques.**

Alors même que les pouvoirs publics ont fortement fait pression sur les représentants des banques pour qu'ils maintiennent leur présence sur le marché du secteur public local, ce mouvement généralisé de stabilisation ou de diminution de la production de crédits nouveaux est significatif d'une méfiance grandissante à l'égard des hôpitaux.

Or, force est de constater que le secteur du financement des collectivités locales, après une période délicate liée au retrait de Dexia, ne connaît pas la même évolution en termes de politique commerciale. Les banques rencontrées par la mission ont indiqué mener de nouveau une politique commerciale dynamique vis-à-vis des collectivités locales.

2.2.2. Le renchérissement des conditions financières applicables aux établissements publics de santé

Parallèlement à la stabilisation ou la réduction de leur production de prêts nouveaux pour le secteur public hospitalier, les banques modifient également leurs conditions tarifaires (taux d'intérêt), celles-ci tendant à se dissocier progressivement des conditions applicables aux collectivités locales.

Cette augmentation des taux d'intérêts appliqués aux hôpitaux a été évoquée par l'ensemble des banques rencontrées par la mission. En septembre 2012, la tarification moyenne d'un prêt d'une maturité de 15 ans s'établissait ainsi à Euribor 12 mois²⁸ + 300 points de base, auxquels devaient être ajoutés 15 à 20 points de base pour la commission bancaire, soit un taux d'intérêt global de l'ordre de 4,20 %²⁹.

2.3. La réticence des banques ne peut s'expliquer qu'accessoirement par le resserrement de la liquidité et le renforcement des règles prudentielles

2.3.1. L'accès plus limité à la liquidité et les normes prudentielles de Bâle III ne favorisent pas la production de crédits aux établissements publics de santé

Comme leurs homologues étrangers, les banques françaises sont confrontées depuis la crise de l'automne 2008 à un phénomène de resserrement de la liquidité, c'est-à-dire du financement interbancaire.

Dans ce contexte, l'obligation de dépôt des fonds au Trésor auxquels sont soumis les établissements publics de santé (cf. point 1.4.2 *supra*) est analysée par les banques comme un facteur peu attractif. Contrairement à d'autres clients auxquels elles peuvent accorder des crédits, tels les particuliers ou les entreprises, elles ne bénéficient pas d'un apport de liquidité qui s'avèrerait utile dans le contexte actuel et leur permettrait de générer de l'activité hors bilan³⁰ très rémunératrice.

L'obligation de dépôt prive par ailleurs les banques de la possibilité de mettre en place une relation commerciale plus globale avec les établissements publics de santé, comme c'est le cas avec les entreprises et les particuliers, où la banque assure la gestion du compte de dépôt du client et propose différents services annexes.

²⁸ Le taux Euribor à 12 mois est le taux d'intérêt auquel certaines banques européennes s'accordent mutuellement des prêts en euros, les prêts ayant alors une durée de 12 mois.

²⁹ Cette estimation est basée sur les données fournies par l'un des principaux cabinets conseil en gestion active de la dette présent sur le marché du secteur public local.

³⁰ Le hors bilan assure le suivi comptable des activités n'impliquant pas un décaissement ou un encaissement mais qui expose la banque à un certain nombre de risques avec une rémunération en contrepartie. Les activités enregistrées dans le hors bilan bancaire sont pour l'essentiel la cession de prêts, les engagements de financement (lignes de crédit, autorisations de découvert), les garanties données sur des prêts, l'émission de titres adossés à des prêts hypothécaires, les opérations de change et les opérations sur le marché des produits dérivés.

En outre, la production de prêts aux hôpitaux apparaît pénalisante du point de vue du respect des contraintes prudentielles imposées aux établissements bancaires par les accords de Bâle III, et en particulier par le ratio de liquidité à un mois (LCR) dont les caractéristiques et implications en matière de crédit sont décrites dans l'encadré n° 7 *infra*.

Comme pour les autres catégories de prêts accordés par les banques, deux raisons expliquent cet impact négatif des prêts aux établissements de santé sur le ratio LCR :

- ◆ d'une part, ils ne sont pas considérés comme des actifs liquides au sens du LCR (cf. description des actifs de niveau 1 et 2 dans l'encadré n° 7 *infra*) ;
- ◆ d'autre part, ils ne peuvent donner lieu à un refinancement de très court terme (un mois ou moins) ; si le refinancement est plus court que l'opération de prêt, son renouvellement devra être anticipé avec au moins 31 jours d'avance (cf. modalités de calcul du LCR dans l'encadré n° 7 *infra*).

Le refinancement de ces prêts peut théoriquement être assuré par la base de dépôts auprès de la clientèle, pour leur partie considérée comme stable par le LCR (entre 60 et 95 % suivant la nature de la clientèle et le type de relation). Néanmoins, compte tenu de la situation actuelle de la plupart des banques françaises, dont le ratio crédits/dépôts est supérieur à 100 %, toute nouvelle opération de prêt à long terme suppose la levée de ressources nouvelles auprès du marché, les dépôts étant déjà entièrement réinvestis en emplois.

Pour les établissements publics de santé, cet impact négatif est d'autant plus fort qu'ils sont soumis à l'obligation de dépôt des fonds auprès du Trésor. En effet, les banques ne bénéficient pas, comme c'est le cas pour la plupart des autres contreparties qui disposent en leur sein de comptes de dépôt, d'un apport de liquidité qui vient renforcer le numérateur du ratio LCR et compenser ainsi une partie de l'impact négatif de l'octroi de crédits.

Encadré 7 : Le ratio de liquidité à 1 mois (Liquidity Coverage Ratio) prévu dans le cadre de l'accord de Bâle III

Les principales caractéristiques du ratio LCR

L'objectif du ratio LCR est de s'assurer que l'établissement est prêt à faire face à un choc (stress) de liquidité soudain, c'est-à-dire à une augmentation inattendue des flux de paiement sortants ou à des difficultés de refinancement, en mobilisant des actifs considérés comme liquides par le régulateur (obtention d'espèces par vente ou mise en garantie d'actifs).

Le calcul du ratio est réalisé suivant la formule *infra* :

$$\frac{\text{Actifs liquides}}{\text{Flux sortants} - [\text{min}(\text{flux entrants} ; 75\% \text{ des flux sortants})] \text{ à 1 mois}} \geq 100\%$$

Au numérateur, les banques doivent disposer d'actifs liquides qui se répartissent en deux catégories :

- Les actifs liquides de niveau 1, de très haute qualité, bénéficient d'une prise en compte pour la valeur de marché sans décote³¹ ni plafond : hormis la caisse et les réserves à la banque centrale disponibles, seuls les titres souverains ou assimilés (incluant les titres émis ou garantis par des souverains, des banques centrales ou banques multilatérales de développement) bénéficiant d'une pondération à 0 % en approche standard Bâle II (c'est-à-dire d'une notation AA - minimum) sont éligibles. Ces titres doivent en principe être émis dans la devise où le risque de liquidité est pris ;
- Les actifs liquides de niveau 2, de moins bonne qualité, sont soumis à une décote et sont plafonnés en pourcentage du montant total. Il s'agit :
 - (i) avec une décote de 15 % et un plafonnement à 40 % du total : des titres de dette publique (souveraine et assimilée, collectivités locales) pondérée à 20 % en approche standard du

³¹ La décote ou « haircut » signifie que l'actif est valorisé à un prix inférieur à sa valeur de marché théorique.

Rapport

risque de crédit Bâle II, de titres d'entreprises non financières bénéficiant d'une notation externe d'au moins AA- ainsi que d'obligations foncières bénéficiant de la même notation ;
(ii) avec une décote de 50 ou 25 % et un plafonnement à 15 % du total : des obligations d'entreprises (corporate bonds) notés de A+ à BBB- (décote de 50 %), des actions cotées hors titres bancaires (décote de 50 %) ; des RMBS (titrisation de crédits hypothécaires résidentiels) avec une notation au moins égale à AA (décote de 25 %)³².

Ces actifs liquides doivent répondre aux exigences opérationnelles suivantes : être « non grevés », être détenus dans l'intention unique de les mobiliser comme source de liquidité, être sous le contrôle de la fonction spécifiquement chargée de la gestion du risque de liquidité de la banque (en général le trésorier), être transférable d'une entité du groupe à l'autre (pour le suivi du ratio consolidé). De plus leur liquidité doit être démontrée par l'existence de transactions sur un marché.

Le dénominateur représente le montant que l'établissement aurait à financer s'il se trouvait face à un stress de liquidité. Il se calcule par différence entre :

- Les flux sortants : fuite des dépôts, tirage des lignes de hors-bilan, non renouvellement des tombées d'échéance (refinancement interbancaire et de marché) ;
- Les flux entrants : créances exigibles dans le mois ; une partie seulement est prise en compte (50 % pour l'essentiel des opérations), pour tenir compte de la nécessité d'assurer un renouvellement minimal de la production de crédit en temps de stress pour préserver le fonds de commerce.

Source : Autorité de Contrôle Prudentiel – Direction Générale du Trésor.

2.3.2. Ce contexte ne peut toutefois être considéré comme la justification centrale de la position des banques à l'égard du secteur hospitalier

S'ils apparaissent justifiés, les arguments présentés *supra* doivent toutefois être relativisés et ne sauraient expliquer qu'accessoirement la réticence des banques à l'égard du marché du financement des établissements de santé.

Tout d'abord, qu'il s'agisse du resserrement de la liquidité ou du renforcement des règles prudentielles, la problématique n'apparaît pas différente entre établissements publics de santé et collectivités locales. Comme les établissements publics de santé, les collectivités locales sont soumises à l'obligation de dépôt des fonds auprès du Trésor et leur profil emprunteur devrait de ce point de vue présenter le même manque d'attractivité.

Pourtant, les représentants des banques rencontrés par la mission ont unanimement mis en évidence le fait que leur appréciation était différente sur ces deux secteurs. De leur point de vue, sur une période relativement récente, l'attractivité du secteur du financement des établissements de santé s'est progressivement dégradée et dissociée par rapport à celle du secteur des collectivités locales.

Ensuite, plus spécifiquement sur la question du renforcement des règles prudentielles, deux éléments amènent à relativiser l'argument de l'impact négatif sur le ratio LCR des prêts aux établissements publics de santé :

- ♦ **d'une part, les banques françaises ne sont pas encore effectivement soumises à la norme du ratio LCR dont le calibrage et le délai de mise en œuvre restent encore incertains.**

Ainsi, la récente décision du Comité de Bâle du 6 janvier 2013 vient de modifier non seulement certains paramètres de calibrage du ratio, mais également son calendrier de mise en œuvre, arrêtés en 2010. Initialement prévue au 1^{er} janvier 2015, la mise en œuvre devient progressive sur la période 2015 à 2019, les banques ne devant respecter le seuil de 100 % qu'au 1^{er} janvier 2019.

³² Cette deuxième catégorie n'était pas comprise dans le calibrage initial du ratio et a été introduite dans une version amendée du ratio LCR publiée par le Comité de Bâle le 6 janvier 2013.

Si les banques françaises indiquent avoir fait le choix d'anticiper la contrainte et de tendre au plus vite vers le respect du ratio LCR, les incertitudes pesant sur celui-ci, notamment avant la décision du 6 janvier dernier, laissent à penser qu'il ne peut s'agir de l'argument fondamental justifiant leur réticence à l'égard des hôpitaux.

Ceci semble d'autant moins le cas que les établissements publics de santé ne représentent qu'une part marginale de l'encours de prêts et de la production annuelle des différentes banques françaises en comparaison d'autres catégories de prêts. L'encours de prêts aux établissements de santé, de l'ordre de 25 Md€, représente moins de 1,5 % du montant total de l'encours de prêts des banques françaises qui était de 1 920 Md€ en 2011³³.

- ◆ **d'autre part, la problématique du refinancement à court terme des prêts aux établissements de santé induite par l'application du ratio LCR (cf. point 2.3.1 *supra*) est compensée par la possibilité ouverte aux banques d'utiliser ces actifs comme collatéral dans le cadre des opérations de refinancement de long terme auprès de la Banque de France.**

Bien qu'ils ne soient pas considérés comme des actifs liquides au sens du LCR, les prêts aux établissements de santé sont éligibles pour la constitution de garanties dans le cadre des opérations de refinancement de long terme auprès de la Banque de France. Ils peuvent ainsi être déposés en collatéral des prêts de refinancement de long terme accordés par la Banque de France aux banques françaises dans le cadre de la politique monétaire³⁴.

De plus, dans le cadre du stress de liquidité du ratio LCR, ces financements long terme accordés par la Banque de France seront supposés être renouvelés à hauteur de 100 %, en dépit même du fait que les actifs acceptés en collatéral ne sont pas liquides au sens du LCR.

Ceci est une exception à la règle générale selon laquelle les actifs mis en garantie sont supposés ne pas donner lieu à renouvellement du financement lorsqu'ils ne sont pas considérés comme liquides au numérateur du ratio LCR. Cette exception résulte du fait que les financements accordés par des entités publiques, et notamment les banques centrales, sont considérés comme sécurisés dans le cadre du stress.

Il en résulte donc une certaine « liquéfaction » des prêts aux établissements de santé qui renforce l'idée selon laquelle la problématique de respect du ratio LCR n'est pas le facteur le plus déterminant de la position des banques.

2.4. La position des banques résulte principalement d'une appréciation du risque hospitalier qui se dégrade et se dissocie des collectivités locales

Au-delà du contexte bancaire évoqué *supra*, les représentants des banques rencontrés par la mission ont surtout mis en évidence l'évolution du risque emprunteur des établissements publics de santé. De manière plus ou moins explicite, il s'agit selon eux du point central expliquant l'évolution de leur position à l'égard du secteur public de la santé.

³³ Cf. document de la Fédération Bancaire Française intitulé « *Le financement de l'économie est le cœur de métier des banques françaises* » (12 avril 2012).

³⁴ L'article 18.1 des statuts du Système européen des banques centrales (SEBC) autorise la Banque Centrale Européenne et les banques centrales nationales à effectuer des transactions sur les marchés de capitaux en achetant ou en vendant des actifs mobilisables dans le cadre d'opérations fermes ou de pensions et impose que toutes les opérations de crédit de l'Eurosystème s'appuient sur des garanties appropriées. En conséquence, toutes les opérations de fourniture de liquidité de l'Eurosystème sont fondées sur des livraisons d'actifs mobilisables par les contreparties, soit sous la forme d'une cession en propriété (dans le cas d'opérations ferme ou de pensions), soit sous la forme de nantissement ou de cession à titre de garantie (dans le cas de prêts garantis).

Rapport

Les établissements publics de santé ne sont pas intrinsèquement considérés comme des contreparties bancaires présentant un fort risque de défaillance pérenne. Leur qualité d'établissements publics, la nature de la mission de service public qu'ils assument ainsi que leur proximité avec l'État sont bien entendu des facteurs positifs pris en compte par les directions des risques des différentes banques.

Toutefois, plusieurs éléments fondamentaux conduisent aujourd'hui les banques à considérer que le risque emprunteur des établissements publics de santé se dégrade et se différencie progressivement de celui des collectivités locales, auxquelles ils étaient pourtant traditionnellement associés au sein du portefeuille « secteur public local ».

Ce changement d'appréciation et cette distinction croissante avec les collectivités locales pénalisent fortement les établissements publics de santé pour l'examen de leurs demandes de financement qui sont soumises, comme pour les autres catégories d'emprunteurs, à une procédure d'évaluation du risque de crédit très formelle et rigoureuse.

Les chargés de clientèle en lien avec les établissements doivent non seulement être convaincus de leur solvabilité sur le long terme, mais doivent également porter leur projet de financement auprès des différents échelons internes de la banque, et en particulier la direction des risques qui note la qualité de la contrepartie (rating) et le comité de crédit ou d'engagement qui valide *in fine* la décision d'octroi du prêt (cf. encadré n° 8 *infra*).

Rapport

Encadré 8 : Présentation du processus d'évaluation du risque de crédit au sein des établissements bancaires

L'évaluation du risque de crédit au sein des établissements bancaires repose sur une procédure très formalisée comportant plusieurs étapes distinctes et faisant intervenir plusieurs acteurs internes. Cette procédure peut être schématiquement présentée de la manière suivante :



La phase de première analyse par le chargé d'affaires du service commercial :

Lors de cette première phase (trois premières étapes du schéma *supra*), le chargé d'affaire évalue le dossier de financement de son client à partir de l'étude des documents comptables et sociaux qui lui sont remis par les responsables de l'entreprise. L'analyse a pour but d'expliquer et d'apprécier l'ensemble des spécificités de l'entreprise. Elle ne se limite pas aux aspects financiers propres à l'entreprise, mais prend également en compte les aspects économiques.

La phase d'analyse détaillée par la direction des risques :

L'analyse détaillée (étape 4 et 5 du schéma *supra*) de la qualité de la contrepartie est réalisée, pour les dossiers supérieurs à un certain montant, par la direction des risques de la banque. Il s'agit d'une étape essentielle de la procédure pendant laquelle l'emprunteur fait l'objet d'une évaluation financière très précise sur la base de systèmes automatisés (notation/rating sur la base de ratios financiers), mais également d'une analyse plus personnalisée de sa situation. Au terme de cette étape, la direction des risques émet un avis sur le dossier de financement qui complète l'analyse de premier niveau réalisé par le chargé d'affaires.

La phase de prise de décision par le comité de crédit et le principe des « quatre yeux » :

Cette dernière phase (étape 6 du schéma *supra*) résulte de l'application du principe des « quatre yeux » selon lequel il convient de séparer l'intérêt commercial de la prise de risque. La synthèse du dossier de l'entreprise, comportant notamment l'analyse menée par la direction des risques, est communiquée au comité de crédit (ou comité des engagements) qui a *in fine* la responsabilité d'accorder ou non le financement demandé par l'entreprise. Le chargé d'affaires est susceptible d'être sollicité pour fournir, le cas échéant, les éclaircissements nécessaires sur l'entreprise.

Source : Mission IGF-IGAS et site internet Synapse (schéma).

Dans un contexte de rareté de la liquidité, l'appréciation du risque à ces différents échelons se renforce. Les établissements publics de santé apparaissent moins fiables que les collectivités locales, les banques concentrent sur ces dernières l'essentiel de leur financement destiné au secteur public local.

2.4.1. Le modèle économique des établissements publics de santé apparaît moins solide et fiable que celui des collectivités locales

Le premier facteur expliquant la détérioration de l'appréciation du risque hospitalier par les banques réside dans le manque de lisibilité et de fiabilité du modèle économique des établissements publics de santé, tel qu'il se présente actuellement.

Le mode de financement même des établissements publics de santé est considéré comme peu compréhensible par les représentants des banques qui s'interrogent notamment sur l'articulation entre les ressources liées à la tarification à l'activité (T2A) et les dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC).

Cette perception est renforcée par l'incertitude apparente sur le fonctionnement à venir de la T2A qui est, depuis sa mise en œuvre, très vivement critiquée par certains acteurs de la profession et dont la réforme a été récemment annoncée par la ministre de la santé qui indiquait dans la première intervention publique après sa nomination qu'« *une adaptation de la T2A devra par ailleurs être engagée, afin de corriger les effets inflationnistes en termes d'activité, ou encore les orientations défailtantes des patients au sein du système de soins. C'est d'ailleurs le sens de la réflexion que vous avez initiée à la Fédération Hospitalière de France concernant la pertinence des actes. Je connais les difficultés que rencontrent aujourd'hui beaucoup d'établissements pour leur financement de trésorerie et d'investissements du fait de l'évolution des conditions d'accès aux crédits bancaires* ».

Selon les banques rencontrées, la comparaison avec les collectivités locales apparaît de ce point de vue défavorable aux établissements publics de santé.

Tout d'abord, les analyses internes conduites par les directions des risques des différentes banques font apparaître une situation financière globalement plus dégradée que celle des collectivités locales.

Ensuite, et plus fondamentalement, le modèle économique des collectivités locales apparaît aux investisseurs nettement plus solide que celui des hôpitaux, et ceci pour trois raisons essentielles :

- ◆ **d'une part, les collectivités locales disposent de la capacité à lever des ressources fiscales.** Même si la marge de manœuvre fiscale de certaines collectivités locales s'est réduite (régions notamment) et si certaines collectivités ont des taux très élevés de mobilisation de leur potentiel fiscal, cette capacité apparaît comme un élément majeur de solvabilité pour les banques ;
- ◆ **d'autre part, les collectivités locales disposent d'une plus grande marge de manœuvre dans la gestion de leurs dépenses** et peuvent plus facilement réaliser des économies de fonctionnement qu'un hôpital ;
- ◆ **enfin, les collectivités locales peuvent réaliser des cessions d'actifs**, ce qui s'avère beaucoup plus complexe à mettre en œuvre pour un établissement public de santé, notamment en raison des contraintes d'organisation des soins.

2.4.2. La gouvernance des établissements de santé en cas de difficultés financières apparaît moins lisible que celles des collectivités locales

Comme évoqué précédemment en partie 1.2, certaines des banques sollicitées par la mission ont souligné l'occurrence sur la période récente d'incidents de paiements de certains établissements publics de santé sur des lignes de financement court terme.

Même s'ils apparaissent à ce stade plus circonscrits, certains incidents sont également intervenus sur des échéances de remboursement de prêts moyen et long terme.

La question de la prévention et du traitement des incidents de paiement apparaît donc essentielle pour les banques, qu'il s'agisse d'ailleurs de court ou de long terme, les conséquences étant sensiblement identiques en matière d'appréciation du risque crédit des emprunteurs (ce point est développé en partie 1.3.2 *supra*).

Rapport

Or, la mission a pu constater que le mécanisme existant de mandatement d'office (cf. encadré n° 9 *infra*) est considéré par les représentants des banques comme peu opérationnel, voire inefficace. Selon eux, il ne constitue pas une garantie suffisante dans la mesure où sa mise en œuvre effective n'intervient que rarement et très tardivement. Ils imputent ce dysfonctionnement au manque de fluidité entre les différents échelons impliqués (établissement, ARS, administration centrale).

Le champ de ce mécanisme apparaît de surcroît problématique dans la mesure où il ne peut être mis en œuvre pour le remboursement d'échéances de lignes de trésorerie. Comme mentionné *supra*, contrairement aux emprunts de moyen et long terme qui s'analysent comme des ressources budgétaires inscrites au compte 16 (emprunts et dettes assimilées), les lignes de trésorerie ne sont pas un financement budgétaire de l'établissement de santé. Seuls les frais financiers qu'elles génèrent sont inscrits au budget au compte 66 (charges financières), les mouvements de capital (encaissements et remboursements) étant retracés hors budget en classe 5 (comptes financiers). De même, le remboursement d'une ligne de trésorerie n'est pas une opération budgétaire, mais un simple mouvement de trésorerie.

Par construction, le mandatement d'office est donc impossible pour le remboursement des lignes de trésorerie.

Encadré 9 : La procédure de mandatement d'office pour les établissements publics de santé

Le code de la santé publique comporte deux dispositions relatives à la mise en œuvre de la procédure de mandatement d'office pour les établissements publics de santé :

L'article L. 6145-3 du code de la santé publique prévoit qu'« *En cas de carence de l'ordonnateur, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après mise en demeure restée sans suite au terme d'un délai fixé par voie réglementaire, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette qui devrait être régulièrement inscrite à l'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et aux décisions modificatives éventuelles* » ;

L'article R 6145-42 du code de la santé publique précise que « *Pour l'application de l'article L. 6145-3 et du deuxième alinéa de l'article L. 6145-5, le directeur général de l'agence régionale de santé met en demeure l'ordonnateur d'exécuter ses obligations. Si à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant cette mise en demeure, l'ordonnateur ne s'est pas exécuté, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant des sommes dues et procède au mandatement d'office de la dépense ou à l'émission d'office du titre de recette dans les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget* » ;

L'article D 6145-42-1 prévoit que « *Les procédures de mandatement d'office ou d'inscription d'office prévues à l'article L. 6145-5 sont mises en œuvre lorsque le montant du mandat correspondant au règlement du principal est supérieur à 7 600 euros* ».

Source : Légifrance – Code de la santé publique.

Sur cette question, la mission a également identifié une différence d'appréciation entre la situation des hôpitaux et celle des collectivités locales.

Bien qu'elle soit comparable à celle du code de la santé publique, la procédure de mandatement d'office du code général des collectivités territoriales³⁵ est pourtant perçue par certaines banques comme étant plus efficace, en particulier en raison de l'intervention de l'autorité préfectorale. Ce point de vue semble toutefois devoir être nuancé dans la mesure où il n'est pas partagé par tous les interlocuteurs rencontrés, certaines banques et les représentants de l'ACOSS³⁶ ayant également souligné les carences de la procédure de mandatement du code général des collectivités territoriales.

En ce qui concerne plus largement le traitement des difficultés financières, la procédure de redressement des collectivités locales est également appréciée comme plus opérationnelle que celle prévue pour les établissements publics de santé. Instituée par l'article L. 1612-14 du code général des collectivités territoriales, cette procédure prévoit que *« lorsque l'arrêté des comptes des collectivités territoriales fait apparaître dans l'exécution du budget [...] un déficit égal ou supérieur à 10 % des recettes de la section de fonctionnement s'il s'agit d'une commune de moins de 20 000 habitants et à 5 % dans les autres cas, la chambre régionale des comptes, saisie par le représentant de l'État, propose à la collectivité territoriale les mesures nécessaires au rétablissement de l'équilibre budgétaire, dans le délai d'un mois à compter de cette saisine »*.

Enfin, quant à la question de la garantie implicite de l'État envers les établissements publics de santé, les banques ont indiqué douter de sa mise en œuvre effective. Si certaines intègrent cette donnée dans leur modèle d'analyse du risque emprunteur, il ne s'agit pas, en l'état actuel de la situation où aucune procédure identifiée ne concrétise l'existence de cette garantie, d'un élément déterminant.

La mission relève qu'il s'agit là d'une divergence d'analyse forte avec les responsables des agences régionales de santé et de l'administration centrale qui considèrent tous que la garantie implicite est évidente et devrait suffire à rassurer les banques.

2.4.3. Les banques s'estiment globalement plus exposées au risque réputationnel sur les établissements de santé que sur les collectivités locales

Le dernier point de distinction entre hôpitaux et collectivités locales réside dans l'exposition au risque réputationnel qui résulte de la relation commerciale avec leur client.

S'il n'est pas apparu unanimement partagé, plusieurs banques ont mis en évidence ce point pour justifier la moindre attractivité du secteur hospitalier. Selon leurs représentants, la sensibilité très forte de l'opinion publique sur les sujets de santé rend plus complexe la relation avec le client.

La principale crainte pour la banque est d'être contrainte, en cas de difficultés financières majeures d'un établissement de santé, d'accepter des abandons de créances sans disposer de véritables marges de négociation compte tenu de la pression locale pour assurer la continuité d'exploitation. En d'autres termes, contrairement au cas d'une collectivité locale, refuser de rééchelonner ou de restructurer la dette d'un hôpital et le placer en risque de cessation d'activité n'est pas envisageable.

³⁵ L'article L. 1612-16 du code général des collectivités territoriales prévoit qu'à défaut de mandatement par l'ordonnateur des dépenses qui auront fait l'objet d'une procédure d'inscription d'office, mais également des dépenses dotées de crédits au budget, le préfet peut y procéder d'office.

³⁶ Suite à une délibération du conseil d'administration du 26 octobre 2012, l'ACOSS a adressé aux ministres chargé du budget et de la santé un courrier les alertant sur la nécessité de *« soutenir, aux niveaux national et local l'action des caisses générales de sécurité sociale dans leur activité quotidienne de recouvrement »* et attirant leur attention *« sur le rôle essentiel des préfets et services financiers de l'État »*, en particulier dans les départements d'outre-mer.

Les établissements bancaires mutualistes ont manifesté une sensibilité particulière sur la question de l'exposition au risque réputationnel. Cette position s'explique principalement par le fait que ces établissements fondent largement leur politique commerciale sur le développement, sur un même territoire, d'une clientèle couvrant l'ensemble des secteurs d'activité. Par conséquent, une difficulté avec un client aussi emblématique qu'un hôpital est susceptible d'avoir des répercussions négatives sur toute la clientèle du secteur géographique, et en particulier sur les collectivités locales.

2.5. La possibilité de recourir dans des conditions équilibrées au crédit bancaire pour financer l'investissement hospitalier doit être préservée

2.5.1. Le financement d'une part de l'investissement hospitalier par l'emprunt est une solution cohérente dans le contexte actuel

Comme cela est développé en détails dans la partie 3 du Tome I du présent rapport, les tarifs n'incluent pas la totalité des coûts d'investissement et n'ont pas vocation à l'inclure pour les opérations lourdes et restructurantes. S'il doit être encouragé autant que possible, l'autofinancement des opérations d'investissement ne saurait donc être la seule voie possible, en particulier dans le cadre des projets de grande restructuration qui ont vocation à améliorer l'offre de soins, tout en produisant un retour sur investissement se traduisant par une amélioration de la marge brute de l'établissement concerné.

Qu'il s'agisse d'aides en capital ou d'aides au paiement des intérêts par l'intermédiaire des aides à la contractualisation (AC), le financement budgétaire est par ailleurs très contraint par la trajectoire de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce point fait également l'objet de développements en partie 3.4 du Tome I du présent rapport.

Enfin, le financement de l'investissement hospitalier à travers des contrats de partenariats public-privé apparaît problématique à plusieurs égards. Comme évoqué en partie 3.6 du Tome I du présent rapport, la rigidité juridique inhérente à ces contrats de partenariat³⁷ rend ceux-ci peu appropriés au secteur de la santé où les besoins fonctionnels évoluent très rapidement. Ce constat ne condamne pas totalement le recours à cet outil dans la sphère hospitalière, mais en limite l'usage à certains besoins standards autres que la conception, la construction, la maintenance et l'exploitation d'un établissement.

Dans ce contexte, les établissements de santé paraissent contraints de recourir, au moins partiellement, à l'emprunt pour financer leurs investissements, et en particulier les plus complexes et les plus structurants d'entre eux.

D'un strict point de vue économique, cette situation n'est pas incohérente. Elle semble de plus compatible avec les principes qui sous-tendent la réforme du financement des établissements de santé, à savoir l'autonomie de gestion et le pilotage par la performance. Les établissements de santé s'endettent pour se restructurer, améliorer la qualité de leur offre de soins et obtenir parallèlement un retour sur investissement qui leur permet d'assumer la charge financière de l'endettement qu'ils ont contracté.

³⁷ Tout changement du contrat donnera lieu à la rédaction d'un avenant et sera facturé à l'établissement public de santé par le titulaire du contrat.

2.5.2. Parmi les formes d'emprunt susceptibles d'être mobilisées, le crédit bancaire apparaît comme la solution globale la plus opérationnelle

2.5.2.1. Les emprunts obligataires *in fine* ne peuvent être l'instrument de référence du financement de l'investissement et présentent des risques de dérives

Si les emprunts obligataires *in fine* représentent une modalité viable de financement de l'investissement hospitalier, certaines réserves de fond doivent être formulées.

En premier lieu, ils ne sauraient être considérés comme une solution globale et générale à la couverture du besoin d'emprunt des établissements publics de santé. De manière analogue aux billets de trésorerie (cf. partie 1.4.1 *supra*), ce type d'instrument financier lourd et relativement sophistiqué ne peut être utilement mobilisé que par des entités de taille importante pour des montants élevés. Leur usage suppose en outre que les établissements disposent au sein de leurs équipes de compétences financières suffisantes pour gérer les relations avec l'établissement financier assurant l'intermédiation³⁸.

Seuls les plus grands établissements hospitaliers, tels que l'APHP et quelques CHRU, semblent donc en mesure d'émettre sans faire partie d'un groupement. Il est à noter sur ce point que l'APHP n'a pas souscrit d'emprunt bancaire en 2012 et s'est exclusivement financée par des émissions sur le marché obligataire.

En second lieu, le recours à des émissions groupées n'apparaît pas comme une voie possible de généralisation de cet instrument à tous les établissements publics de santé.

Les deux premières émissions groupées, réalisées en 2009 et 2010 et associant respectivement 24 et 23 établissements (cf. encadré n° 10 *infra*), se sont déroulées dans de bonnes conditions. Les investisseurs ont manifesté leur intérêt pour ce produit et les obligations ont été entièrement et rapidement souscrites.

Plus récemment, une troisième émission plus restreinte (16 établissements groupés) a été réalisée en janvier 2013 et a permis de lever 228 M€ sur les marchés obligataires.

Encadré 10 : Les trois premières émissions obligataires groupées non solidaires des CHU

Les établissements de santé (principalement les CHU et CHRU) ont réalisé trois émissions obligataires groupées par l'intermédiaire de Natixis. Les caractéristiques de ces émissions sont les suivantes :

Première émission groupée – CHU1 (mai 2009)

- Émetteur : groupement de 24 CHU/CHR (Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Clermont, Dijon, Grenoble, Lyon, Lille, Limoges, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Nîmes, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Tours, Fort de France, Metz-Thionville)
- Notation de l'émission : Aaa (Moody's) dégradé à Baa1 le 20 juillet 2012
- Montant : 270 M€
- Coupon : 4,375 %
- Maturité : 10 ans (remboursement *in fine*)

Deuxième émission groupée – CHU2 (avril 2010)

- Émetteur : groupement de 23 CHU/CHR (Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Clermont, Dijon, Grenoble, Limoges, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nice, Nîmes, Reims, La Réunion (Saint-Denis), La Réunion (Sud), Saint-Etienne et Tours, Sainte-Anne, Lagny, Sud Francilien)
- Notation de l'émission : Aaa (Moody's) dégradé à A1 le 20 juillet 2012
- Montant : 167 M€

³⁸ Les émissions sur le marché obligataire font toujours l'objet d'une intermédiation.

- Coupon : 3,625 %
- Maturité : 10 ans (remboursement *in fine*)

Troisième émission groupée – CHU3 (janvier 2013)

- Émetteur : groupement de 16 CHU/CHR (Besançon, Bordeaux, Clermont, Dijon, Grenoble, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nice, Nîmes, Poitiers, Rouen, Saint-Etienne et Toulouse)
- Notation de l'émission : AA (Fitch Ratings)
- Montant : 228 M€
- Coupon : 3,65 %
- Maturité : 10 ans (remboursement *in fine*)

Source : Natixis – Mission IGF-IGAS.

En dépit du succès des premières émissions, le modèle des émissions obligataires groupées non solidaires présente des limites. Comme pour les emprunts bancaires, ce modèle est confronté à la problématique de dégradation du risque emprunteur des établissements publics de santé qui conduit les agences de notation à adopter une position plus prudente et à renforcer leurs exigences.

Ainsi, au vu des difficultés financières de certains établissements de santé (en particulier le CHRU de Fort de France qui participait à la première émission groupée), l'agence Moody's a choisi de modifier sa méthode de notation. Alors qu'elle avait accepté au préalable d'accorder aux émissions groupées une note supérieure à la note de l'établissement le plus faible, elle a revu sa position en 2012 en cours d'évaluation de la troisième émission. Comme les deux autres agences de notation de référence (Standard and Poor's et Fitch Ratings), elle considère désormais que c'est la contrepartie la plus faible qui détermine la note de l'émission groupée.

Ce changement de position de Moody's a entraîné une dégradation des deux premières émissions en juillet 2012 et la rupture de négociation sur la troisième émission dont la notation a finalement été confiée à Fitch Ratings (cf. encadré n° 10 *supra*).

Pour répondre à cela, certains directeurs de CHU³⁹ envisagent de mettre en place des groupements solidaires d'émission obligatoire, solution que la mission considère comme peu opérationnelle. Pour fonctionner de manière optimum, de telles structures nécessitent une forte homogénéité des signatures des participants, condition qui semble difficile à remplir dans le contexte actuel marqué par la très forte diversité et variabilité des situations financières, y compris au sein d'une même catégorie d'établissements.

Plus fondamentalement, la mission considère ces groupements solidaires comme des instruments dangereux s'ils sont conçus comme une réponse à la dégradation du risque emprunteur des hôpitaux. Au-delà de son caractère peu réaliste (il est peu probable que les établissements les mieux notés acceptent d'ouvrir le groupement à des hôpitaux en situation difficile), une mutualisation du risque de cette nature conduirait à une déresponsabilisation des gestionnaires en contradiction totale avec le principe d'autonomie de gestion, et pourrait entraîner des conséquences systémiques.

³⁹ En octobre 2012, lors d'une conférence consacrée au financement des hôpitaux, Jean-Marc Viguier, Directeur des affaires financières (DAF) du CHU de Bordeaux et par ailleurs à la tête de la conférence des DAF de CHU, a ainsi exprimé son intention de mettre sur pied « un groupement obligatoire » pour mener à bien des émissions obligataires. Il a précisé espérer seconder ce groupement par le biais d'un système de fonds de garantie entre hôpitaux membres (source : site internet Hospimédia, 25 octobre 2012).

Enfin, indépendamment des modalités de gestion retenues, la mission est très réservée quant au caractère *in fine* du remboursement du capital emprunté dans le cadre des émissions obligataires. Cette caractéristique des émissions obligataires peut en effet induire une tension sur la trésorerie de l'établissement lors du remboursement du capital souscrit qui est remboursable en totalité à l'échéance, contrairement aux intérêts qui sont payés annuellement⁴⁰. Cela suppose que les établissements soient vigilants quant à leur capacité de remboursement et que cette situation s'intègre pleinement dans leur gestion de trésorerie prospective.

Le refinancement à l'échéance par une nouvelle émission obligataire *in fine* conduit de plus à différer sur les générations futures le coût réel de l'assurance maladie, ce qui n'est pas acceptable et source de risques majeurs pour l'avenir.

Les évolutions des nomenclatures comptables et des cadres budgétaires pour l'exercice 2012 (instruction budgétaire et comptable M21), reprises dans une circulaire interministérielle du 6 juillet 2012⁴¹, ont en partie traité cette question. Elles imposent la constatation par anticipation, dans les tableaux de financement prévisionnels de l'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP), de l'équivalent des amortissements linéaires au titre des emprunts obligataires remboursables *in fine* pour les établissements dont le ratio d'indépendance financière, défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, excède 50 %. Pour les autres établissements, le recours à ce mécanisme est laissé à leur appréciation.

En dépit de l'intérêt de telles évolutions, la mission considère que le contrôle de la tutelle sur les emprunts obligataires doit être renforcé, notamment en raison de l'impact de cette question sur l'appréciation du risque emprunteur. Elle formule donc une proposition en la matière dans la partie 2.6.2 du présent Tome II (proposition n° 12).

2.5.2.2. Un mécanisme de prêts refinancés directement par l'État à travers des émissions de dette publique présenterait des risques majeurs

Parmi les solutions théoriques, la mise en place d'un mécanisme de prêts octroyés directement par l'État aux établissements de santé et refinancés par des émissions de dette publique pourrait être envisagée.

Des mécanismes de ce type existent d'ores et déjà dans certains secteurs et sont portés par des programmes budgétaires dédiés tels que le programme « Prêts à des États étrangers » ou le programme « Prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés ». Le gestionnaire de programme assure le versement des fonds à l'emprunteur et le recouvrement des échéances de remboursement.

Cette solution est donc techniquement réalisable, sous réserve toutefois de mettre en place un programme budgétaire *ad hoc* et une structure administrative dédiée permettant de gérer un flux et, à terme, un encours de prêts conséquent. Il doit à ce titre être précisé que les programmes de ce type existant actuellement ne donnent lieu qu'à un très faible nombre de prêts et donc à une gestion relativement simple.

⁴⁰ Ceci est moins vrai pour les rares établissements qui procèdent régulièrement à un remboursement *in fine* en raison d'émissions obligataires régulières. Leur besoin de financement, en régime de croisière, est constant d'une année sur l'autre, avec une charge globale de la dette très proche de ce qu'ils connaîtraient s'ils optaient pour une annuité constante.

⁴¹ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1B n° 2012-269 du 6 juillet 2012 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2012 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Elle apparaît toutefois inopportune pour plusieurs raisons, au premier rang desquelles la nécessité de refinancer ces prêts par des émissions de dette publique réalisées par l'AFT. La problématique d'une éventuelle augmentation du programme d'émission de la France a été développée en détails en partie 1.4.2 et se pose dans ce cas dans les mêmes termes. **Ses conséquences seraient d'autant plus fortes que la mise en place d'un mécanisme de ce type entraînerait très certainement une demande analogue des collectivités locales, demande qu'il serait politiquement complexe de refuser.**

En outre, un tel mécanisme de financement étatisé n'est pas sans poser question en termes de compatibilité avec le droit communautaire. En effet, sous réserve d'un examen plus approfondi de ses caractéristiques, il ne pourrait probablement être accepté par la Commission européenne qu'à deux conditions essentielles : d'une part, que la tarification des prêts accordés soit équivalente aux conditions de marché ; d'autre part, que les prêts soient ouverts non seulement aux établissements publics de santé mais également à leurs homologues du secteur privé. **Cette dernière condition semble remettre en cause le principe même de ce montage, l'État n'ayant pas vocation à financer le secteur privé par des émissions de dette publique.**

Le seul avantage résiderait dans la possibilité pour l'État d'avoir une méthode d'appréciation du risque emprunteur moins stricte qu'un établissement bancaire, ce qui serait particulièrement dangereux compte tenu de l'aléa moral existant d'ores et déjà. Comme évoqué *supra* en matière de trésorerie, l'État apparaissant en première ligne, le risque de non-respect volontaire des échéances est renforcé. Plus encore, il pourrait en résulter un phénomène d'anti-sélection, seules les contreparties les plus risquées mobilisant le guichet étatique, les emprunteurs les plus solides financièrement se tournant vers l'offre bancaire traditionnelle.

2.5.2.3. Un mécanisme de prêts refinancés sur les marchés par une entité ayant une signature proche de l'État ne résout pas la problématique du risque emprunteur

Ce mécanisme est très comparable à celui présenté dans la partie précédente, si ce n'est que l'État n'assure pas directement le refinancement des prêts aux hôpitaux, mais confie cette fonction à une entité distincte qui bénéficie, en raison de sa « proximité »⁴² avec lui, d'une signature quasi-équivalente sur les marchés.

Plusieurs schémas sont envisageables et l'un d'eux vient de donner lieu récemment à la création de la Société de Financement Local (SFIL) qui est la base du nouveau dispositif public de financement des collectivités territoriales et des établissements publics de santé (cf. encadré n° 11 *infra*).

⁴² Cette proximité peut résulter du statut même de l'entité qui peut être un établissement public (par exemple l'ACOSS ou la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)). Elle peut également être liée à la nature des liens entre l'entité et l'État, comme l'existence d'une garantie explicite ou implicite ou d'une forme de contrôle sur les organes de gouvernance. Les analystes de marché évaluent ce degré de proximité et en déduisent une signature plus ou moins proche de celle de l'État.

Encadré 11 : La mise en place d'une banque de financement des collectivités locales et des établissements publics de santé

Le 23 janvier 2013, le ministre de l'Économie et des Finances, a signé avec la Caisse des Dépôts, la Banque Postale et le groupe Dexia le contrat finalisant la création de la Société de Financement Local (SFIL). La mise en place de cette banque marque le lancement du nouveau dispositif public de financement des collectivités territoriales et des établissements publics de santé.

Détenue à 75 % par l'État, 20 % par la Caisse des Dépôts et 5 % par La Banque Postale, la SFIL a vocation à refinancer, via une société de crédit foncier qui devrait prendre le nom de Caisse Française de Financement Local (CAFIL), les prêts à moyen et long terme que La Banque Postale et la Caisse des Dépôts (associées dans le cadre d'une co-entreprise), vont commercialiser auprès des collectivités territoriales, de leurs groupements et des établissements publics de santé.

Ces prêts devraient représenter à terme une part significative du marché des prêts aux collectivités territoriales, à leurs groupements et aux établissements publics de santé, qui devrait être de l'ordre de 20 à 25 % (le volume de prêts est estimé à 5 Md€ par an).

Pour le secteur des établissements de santé, la co-entreprise ne devrait pas produire de crédits avant la fin du premier semestre 2013, La Banque Postale étant toutefois susceptible d'intervenir seule sur son propre bilan et sans refinancement de la SFIL.

Source : Mission IGF-IGAS.

Quel que soit le schéma retenu, et de la même manière que pour un financement totalement étatisé (partie précédente), ce mécanisme ne résout pas la problématique du risque emprunteur des établissements de santé. Sauf à s'exposer volontairement à des risques de pertes, l'entité commercialisant les prêts se doit de mettre en place une méthode rigoureuse et prudente d'évaluation du risque.

La nouvelle banque des collectivités évoquée *supra* sera soumise à la même contrainte. Ni La Banque Postale, ni la Caisse des Dépôts, tous deux établissements intervenant sur le marché bancaire, ne peuvent envisager que leur co-entreprise ne s'expose trop fortement sur certains risques.

Enfin, il convient de préciser que ce type de montage ne saurait permettre de proposer des prêts à des conditions tarifaires privilégiées s'éloignant des taux d'intérêt pratiqués par les autres acteurs du marché. Une politique d'offre de cette nature se révélerait sans aucun doute incompatible avec le droit communautaire en matière de concurrence.

2.5.2.4. Un dispositif de prêts sur fonds d'épargne de la Caisse des Dépôts ne résout pas non plus la question du risque emprunteur

L'intervention du fonds d'épargne, géré par la Caisse des Dépôts, pose divers problèmes.

D'une part, le financement de l'investissement hospitalier ne correspond pas à la doctrine d'emploi des ressources centralisées sur le fonds d'épargne, telle qu'elle résulte des décisions prises par le ministre chargé de l'économie en application de l'article L. 221-7 du code monétaire et financier⁴³.

⁴³ Le IV de l'article L. 221-7 du code monétaire et financier prévoit que « *Les emplois du fonds d'épargne sont fixés par le ministre chargé de l'économie. La commission de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations présente au Parlement le tableau des ressources et emplois du fonds d'épargne mentionné au présent article pour l'année expirée* ». Il revient donc au ministre de fixer la doctrine d'emploi et à la commission de surveillance de la Caisse des Dépôts de contrôler la gestion du fonds d'épargne. Les règles de gestion ont fait l'objet d'un cadre de gestion approuvé en mars 2011, composé d'une convention entre l'État et la Caisse des Dépôts et de deux règlements (adoptés par le seul ministre de l'économie) sur la gestion d'actifs financiers et sur les prêts sur fonds d'épargne.

Conformément au II de ce même article, l'épargne réglementée centralisée au fonds d'épargne doit être employée « en priorité au financement du logement social ». Cet objectif est justifié d'un point de vue économique compte tenu du niveau de transformation⁴⁴ nécessaire pour financer le logement social sur le long terme. En l'état actuel de la doctrine d'emploi définie par la loi, le financement du secteur hospitalier ne peut donc être considéré que comme une mission accessoire du fonds d'épargne.

De plus, la maturité des prêts accordés sur fonds d'épargne n'est pas adaptée à l'investissement hospitalier. Il s'agit de prêts de très long terme, d'une durée supérieure à 20 ans, qui sont cohérents avec les contraintes de l'investissement en matière de logement social, mais ne correspondent pas à l'horizon temporel de l'investissement hospitalier, plus proche des 15 ans compte tenu de l'évolution des normes et techniques.

D'autre part, et plus fondamentalement encore, le financement sur fonds d'épargne se confronte également à la problématique de la dégradation du risque emprunteur des établissements publics de santé. Pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment, la Caisse des dépôts ne peut intervenir qu'en appliquant une politique de gestion du risque prudente, en tout état de cause proche de celle des établissements bancaires traditionnels.

Cette contrainte est d'autant plus forte que le fonds d'épargne, à l'exception du secteur du logement social et de la politique de la ville, ne peut être mobilisé qu'en cofinancement avec d'autres prêteurs, à hauteur d'un maximum de 50 % du besoin de financement en dette, afin de limiter le risque de contrepartie.

Enfin, le fonds d'épargne ne peut intervenir sur le marché du financement des établissements publics de santé qu'à des conditions tarifaires sensiblement équivalentes à celles pratiquées par les autres acteurs du marché. Toute tarification privilégiée l'exposerait à une incompatibilité avec le droit communautaire.

La mobilisation de financement via la Caisse des dépôts peut permettre de pallier temporairement une défaillance de l'offre, et est à cet égard un instrument utile.

Elle ne saurait toutefois être considérée comme une solution globale et pérenne se substituant intégralement au financement par les établissements bancaires. Outre qu'elle ne résoudrait pas la question du risque emprunteur, l'émergence de la Caisse des dépôts comme unique financeur sur ce marché ne pourrait être compatible avec le droit communautaire que sous certaines réserves, et en particulier l'ouverture du guichet aux établissements privés de santé. Cette solution apparaît donc peu pertinente.

2.6. Le maintien d'une offre de crédit bancaire équilibrée suppose de rétablir la confiance des banques envers les établissements publics de santé

En l'absence d'alternative crédible, le maintien d'une offre de crédits bancaires moyen et long terme, présentant des conditions tarifaires équilibrées, est indispensable pour permettre aux établissements publics de santé de financer une partie de leurs dépenses d'investissement.

Dans le contexte actuel analysé supra, la pérennité de l'offre ne saurait relever d'une pétition de principe, encore moins d'une pression politique sur le secteur bancaire, mais suppose avant tout le retour d'une relation de confiance entre les établissements de santé et les banques intervenant sur ce marché.

⁴⁴ Les loyers du parc social étant contraints, les opérations de construction de logements sociaux s'amortissent sur de très longues périodes, ce qui rend le mécanisme de transformation (emprunter à échéances courtes et placer à plus long terme) difficile à assumer par les seuls établissements bancaires.

La mission considère donc que la question de la dégradation du risque emprunteur des établissements de santé est centrale et formule sur ce point plusieurs propositions correspondant à cinq axes.

2.6.1. La mise en place d'un dispositif efficace de prévention et de traitement des incidents de paiement bancaires des établissements publics de santé

La survenance d'incidents de paiement sur des échéances de remboursement, qu'il s'agisse de lignes de trésorerie ou de crédits de moyen et long terme, constitue une des principales raisons du manque de confiance des banques (cf. points 1.3.2 et 2.4.2 *supra*). Ces incidents ont non seulement un impact sur les contreparties défaillantes, mais également des conséquences plus générales sur l'ensemble du secteur hospitalier, les banques modifiant leurs modèles d'analyse du risque et dégradant leurs conditions commerciales (hausse des taux d'intérêt, baisse du volume de la production).

Pour répondre à cette problématique, la mission propose tout d'abord de mettre en place une forme de devoir d'alerte s'imposant aux directeurs des établissements publics de santé. Dans le cas où il identifie un incident de paiement potentiel sur une ligne de trésorerie ou sur un emprunt, le directeur serait tenu d'en avertir le directeur général de l'ARS compétent dans un délai minimum de 5 jours ouvrés avant l'échéance du remboursement. L'objectif est d'alerter l'ensemble des acteurs concernés et de leur laisser le temps de prendre les dispositions nécessaires afin d'éviter la survenance de l'impayé.

Proposition n° 8 : Imposer aux directeurs d'établissements publics de santé de prévenir le directeur général d'agence régionale de santé compétent de tout risque d'incident de paiement sur un produit bancaire (ligne de trésorerie et emprunts moyen et long terme), *a minima* 5 jours ouvrés avant l'échéance du remboursement.

Pour les lignes de trésorerie, si la proposition n° 1 *supra* est mise en œuvre, ce devoir d'alerte ne devrait s'appliquer que durant une période de trois ans. Il n'en reste pas moins essentiel dans la mesure où les incidents de paiement constatés sur la période récente sont majoritairement survenus sur des lignes de trésorerie.

Ce devoir d'alerte est conçu comme complémentaire du dispositif automatisé de détection des établissements publics de santé qui rencontrent des difficultés financières, dit « réseau d'alerte des établissements publics de santé »⁴⁵, dont la vocation est plus générale.

⁴⁵ Ce dispositif a été mis en place par note conjointe de la DHOS et de la DGFIP n° 62 du 10 février 2010.

Encadré 12 : La présentation d'un plan de redressement et la procédure d'administration provisoire des établissements publics de santé

L'article L. 6143-3 du code de la santé publique prévoit que :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ».

L'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique prévoit que :

« Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, soit de toutes autres personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé, en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients ou lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

Le directeur général de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine.

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit ».

Source : Légifrance – Code de la santé publique.

Afin d'assurer la pleine efficacité de la proposition n° 8 supra, la mission suggère une proposition complémentaire visant à inciter les directeurs d'établissements publics de santé à respecter leur devoir d'alerte. En cas de non-respect de celui-ci, et dans le cas où l'incident de paiement se concrétise effectivement, le directeur général de l'ARS serait dans une situation de compétence liée et devrait, de manière systématique : d'une part, mettre en œuvre les dispositions de l'article L. 6145-3 du code de la santé publique relatives au mandatement d'office ; d'autre part, mettre en œuvre des dispositions de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique qui prévoient que l'établissement doit présenter dans un délai donné un plan de redressement de sa situation financière (cf. encadré n° 12 supra).

Rapport

La transmission d'un plan de redressement constituant le préalable à la mise en œuvre de la procédure d'administration provisoire des établissements publics de santé, cette proposition apparaît de nature à inciter fortement les directeurs à respecter leur devoir d'alerte et à intervenir sur ce point en toute transparence avec le directeur général d'ARS compétent.

Proposition n° 9 : En cas de non respect de l'obligation prévue à la proposition n° 8 *supra* et si l'incident de paiement intervient effectivement, imposer au directeur général d'agence régionale de santé compétent de mettre en œuvre systématiquement : (i) les dispositions de l'article L. 6145-3 du code de la santé publique relatives au mandatement d'office ; (ii) les dispositions de l'article L. 6143-3 imposant à l'établissement public de santé concerné de fournir dans un délai fixé par l'agence régionale de santé un plan de redressement.

La mission propose par ailleurs la mise en place d'un dispositif d'aides ponctuelles aux établissements ayant signalé un risque d'impayé, sous la forme du versement d'avances de trésorerie par l'ACOSS. Il s'agirait d'un dispositif analogue à celui introduit récemment par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui autorise l'ACOSS à consentir des avances de trésorerie à certains de ses partenaires (cf. encadré n° 13 *infra*).

Encadré 13 : Les avances de trésorerie de l'ACOSS

Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale accorde à l'ACOSS la possibilité de consentir des avances de trésorerie à certains de ses partenaires.

L'article L. 225-1-4 est rédigé comme suit :

« Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

Pour déterminer les conditions de chaque avance, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget ».

Les organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4 sont : (i) les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette et à la mise en réserve de recettes à leur profit ; (ii) les organismes financés par des régimes obligatoires de base ; (iii) les fonds comptables retraçant le financement de dépenses spécifiques relevant d'un régime obligatoire de base ; (iv) les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Source : Légifrance – Code de la sécurité sociale.

Un tel dispositif permettrait de pallier les insuffisances de la procédure de mandatement d'office dont les modalités de fonctionnement ne donnent pas aux banques l'assurance d'un paiement avant l'échéance contractuelle. Elle permettrait notamment d'intervenir sur les lignes de trésorerie qui ne s'analysent pas comme des ressources budgétaires et ne peuvent donc donner lieu à un mandatement d'office.

Proposition n° 10 : Mettre en place un dispositif permettant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), après accord du directeur général d'agence régionale de santé compétent, d'accorder des avances de trésorerie aux établissements publics de santé confrontés à un risque d'incident de paiement sur un produit bancaire et ayant mis en œuvre leur devoir d'alerte.

La solution consistant à instituer une garantie explicite de l'État envers les établissements publics de santé a quant à elle été écartée pour deux raisons. D'une part, sa mise en œuvre apparaît complexe car elle suppose le vote d'une disposition législative en loi de finances⁴⁶ et la mise en place, au sein de l'État, d'un mécanisme *ad hoc* de gestion des appels en garantie à première demande. D'autre part, les établissements bancaires rencontrés par la mission n'ont pas marqué d'intérêt pour cette solution. Certains ont même indiqué que l'affirmation d'une garantie explicite pourrait constituer un mauvais signal pour le marché, ce dernier pouvant interpréter cette évolution comme le symptôme d'un réel risque sur la situation financière des hôpitaux.

S'il est apparu utile de mettre en place un dispositif d'aide ponctuelle aux établissements pour prévenir la survenance d'impayés, la mission considère toutefois que sa mobilisation doit rester exceptionnelle, et en aucun cas devenir un mode de financement de court terme pérenne.

Il est donc proposé que tout établissement ayant recours à une avance de l'ACOSS dans le cadre du dispositif prévu à la proposition n° 10 *supra*, fasse l'objet d'une demande de suivi par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

Mis en place en décembre 2012⁴⁷, le COPERMO a notamment pour mission d'arrêter, en lien avec les ARS, les objectifs de transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements. Il comprend les membres suivants : le Directeur général de l'offre de soins qui en assure la présidence, le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le Directeur de la sécurité sociale, le Directeur général des finances publiques, le Directeur du budget, le Directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le Chef de l'inspection générale des affaires sociales.

Proposition n° 11 : Imposer, dès la première mise en œuvre du dispositif d'avances prévu à la proposition n° 10 *supra*, que le directeur général de l'agence régionale de santé saisisse systématiquement le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) pour demander l'intégration de l'hôpital concerné dans la liste des établissements suivis.

2.6.2. L'institution d'un dispositif généralisé d'autorisation préalable de recours à l'emprunt fondé sur l'analyse de ratios financiers

Le strict contrôle par l'autorité de tutelle de la solvabilité financière des établissements publics de santé souhaitant recourir à l'emprunt constituerait un autre signe positif pour le secteur bancaire, en même temps qu'une mesure de saine gestion.

Pour mettre en place efficacement un tel contrôle, il convient dans un premier temps de soumettre la souscription de tout emprunt de moyen ou long terme à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS compétent. Avant signature d'un contrat de prêt, l'établissement devrait saisir l'ARS pour examen de son dossier et obtention d'un accord formel l'autorisant à signer le contrat en question.

⁴⁶ L'article 34 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) prévoit en effet que c'est la loi de finance qui « autorise l'octroi des garanties de l'État et fixe leur régime ».

⁴⁷ La mission a pu consulter le projet de circulaire interministérielle relative à la mise en place du COPERMO qui a été soumis à l'arbitrage du Premier ministre en janvier 2013.

Rapport

Le principe de cette autorisation préalable peut être imposé par voie réglementaire sur le fondement de l'article L. 6141-2-1 du code de la santé publique cité *supra* qui prévoit que « *Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre : [...] 6° Les emprunts et avances, dans les limites et sous les réserves fixées par décret* ».

Ce principe est déjà partiellement mis en œuvre par le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (cf. encadré n° 14 *infra*). Les dispositions introduites à cette occasion dans le code de la santé publique apparaissent toutefois insuffisantes pour deux raisons : (i) elles ne couvrent que certains établissements présentant une situation financière dégradée et ne permettent donc pas d'apprécier la solvabilité de tous les établissements recourant à l'emprunt ; (ii) elles sont formulées de telle manière que c'est l'établissement qui certifie à la banque qu'il ne remplit pas les critères le faisant basculer dans un régime d'autorisation préalable.

Encadré 14 : Les dispositions du décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé a introduit dans le code de la santé publique un article D. 6145-70 rédigé comme suit :

« *Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :*

- *le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;*
- *la durée apparente de la dette excède dix ans ;*
- *l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.*

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

La procédure d'autorisation n'est pas applicable aux emprunts dont le terme est inférieur à douze mois.

Le directeur de l'établissement adresse sa demande d'autorisation assortie d'un plan global de financement pluriannuel mis à jour afin d'évaluer l'impact prévisionnel du projet d'emprunt sur l'équilibre financier de l'établissement. Si l'établissement est soumis à l'obligation de produire un plan de redressement conformément à l'article L. 6143-3, le directeur présente une actualisation de ce plan en précisant la trajectoire de désendettement qui en résulte.

Dès réception de la demande d'autorisation, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit, pour avis, le directeur régional des finances publiques qui dispose d'un délai de quinze jours pour se prononcer. A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose d'un délai d'une semaine pour notifier sa décision au directeur de l'établissement ».

Source : Légifrance – Code de la santé publique.

La mission propose donc de généraliser le dispositif d'autorisation préalable de recours à l'emprunt introduit dans le code de la santé publique par le décret du 14 décembre 2011.

Comme le prévoyait ce décret, elle suggère toutefois de ne pas faire relever du champ de cette autorisation préalable les emprunts dont le terme est inférieur à douze mois. Cette restriction apparaît légitime au regard des mesures proposées dans le cadre de la première partie du présent Tome II qui encadrent fortement l'utilisation de ce type de crédit.

Elle propose en outre d'étendre cette demande d'autorisation préalable aux emprunts obligatoires *in fine*, compte tenu du risque que la dette latente induite fait peser sur la situation financière des établissements (cf. 2.5.2.1 *supra*).

Rapport

Proposition n° 12 : Adopter, sur la base de l'article L. 6141-2-1 du code de la santé publique, une disposition réglementaire subordonnant le recours à l'emprunt (y compris les emprunts obligataires) de tous les établissements publics de santé à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé. Ne pas appliquer cette procédure d'autorisation aux emprunts dont le terme est inférieur à douze mois.

Si la décision d'octroi de l'autorisation évoquée *supra* relève pleinement de la compétence du directeur général de l'ARS, la mission considère qu'elle doit reposer autant que possible sur une appréciation objective de la situation financière de l'établissement et de sa capacité à assumer la charge financière du futur emprunt.

Par conséquent, il est proposé que la DGOS et la DGFIP élaborent conjointement une série de critères devant être *a minima* respectés pour pouvoir être autorisé à recourir à l'emprunt. Ces critères, présentés sous forme de ratios financiers, permettraient d'assurer un standard minimum de solvabilité légitimant pleinement la décision de refus du directeur général de l'ARS.

Proposition n° 13 : Élaborer et diffuser par voie de circulaire à l'ensemble des directeurs d'agences régionales de santé une liste de critères, présentés sous la forme de ratios financiers, que les établissements publics de santé doivent *a minima* respecter pour pouvoir être autorisés à recourir à l'emprunt.

Une présentation des principaux ratios financiers qui pourraient être retenus pour accorder l'autorisation de recours à l'emprunt est proposée dans l'encadré n° 15 *infra*.

La mission recommande toutefois qu'un groupe de travail soit constitué sous l'égide de la DGOS pour préciser ces ratios en lien avec l'ensemble des parties intéressées (représentants des directeurs d'établissement en particulier), notamment pour déterminer, pour chacun d'eux, les seuils au-delà desquels l'autorisation ne peut être accordée.

Encadré 15 : Les critères d'octroi de l'autorisation préalable des établissements publics de santé de recourir à l'emprunt

La mission recommande que la décision d'autorisation de recours à l'emprunt du directeur général de l'ARS soit *a minima* prise sur la base de cinq ratios financiers.

Les trois premiers ratios financiers sont ceux d'ores et déjà prévus par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique à savoir :

- le ratio d'indépendance financière (encours de dette/capitaux permanents) : ce ratio permet de mesurer le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (apports, réserves, subventions d'investissement, report à nouveau et provisions) ;
- le ratio de capacité de désendettement (encours de dette /capacité d'autofinancement) : ce ratio permet de mesurer le nombre d'années nécessaires pour éteindre la dette si l'intégralité de la capacité d'autofinancement constatée sur le dernier exercice est consacrée à cet objectif ;
- le ratio de poids de l'endettement (encours de dette/produits d'activité) : ce ratio permet de mesurer le poids de la dette par rapport à l'ensemble des produits de l'établissement, toutes activités confondues.

Pour ces trois ratios, la mission suggère cependant une adaptation consistant à intégrer le montant du capital de l'emprunt soumis à autorisation du directeur général de l'ARS dans le montant de dette retenu au numérateur. Cette adaptation permet de rendre le ratio dynamique et de fonder la décision du directeur général de l'ARS sur l'évaluation de la situation de l'établissement après souscription de l'emprunt soumis à autorisation.

Les deux autres ratios proposés par la mission ne concernent en revanche que la situation financière de l'établissement avant souscription de l'emprunt soumis à autorisation :

- le ratio de marge brute non aidée (marge brute non aidée/produits d'activité) : ce ratio permet d'évaluer le niveau de marge brute dégagée, ce qui est largement admis comme un élément essentiel dans le pilotage des établissements (cf. Tome I du présent rapport) ;

Rapport

- le ratio de dette latente liée aux emprunts structurés (indemnités de remboursement anticipé des emprunts structurés/capacité d'autofinancement) : ce ratio permet d'évaluer le nombre d'années nécessaires pour éteindre la dette latente (indemnité de remboursement anticipé qui vient s'ajouter au capital restant dû) liée aux emprunts structurés souscrits par l'établissement si l'intégralité de la capacité d'autofinancement est consacré à cet objectif.

Pour ces cinq ratios, la mission recommande que les seuils d'obtention de l'autorisation ne soient pas fixés en référence à la situation existante (moyenne ou médiane) mais soient déterminés *in abstracto* à un niveau suffisant pour assurer la soutenabilité de long terme de l'emprunt souscrit.

Source : Mission IGF-IGAS.

Outre l'objectivation de la décision d'autorisation du directeur général de l'ARS, l'intérêt d'établir une série de critères est de pouvoir partager ceux-ci avec les banques. Ces dernières étant informées du cadre d'appréciation de la solvabilité des établissements par l'autorité de tutelle, la relation avec leur client en sera facilitée et très certainement clarifiée. Elles n'auront notamment pas à craindre les conséquences d'un refus d'octroi d'un crédit à un établissement en situation financière délicate. Cela suppose cependant qu'elles partagent, dans les grandes lignes, les critères fixés par la tutelle.

Le régime de l'autorisation préalable pose enfin la question de la situation des établissements ne remplissant pas les critères fixés et pour lesquels un projet d'investissement s'avère nécessaire pour des raisons prioritaires de sécurité ou de recomposition de l'offre de soins. Dans cette situation, le recours aux aides budgétaires apparaît indispensable pour permettre à l'établissement de réaliser son projet sans être contraint de souscrire un emprunt qu'il n'aurait pas été en mesure d'assumer dans la durée. **Lorsque les projets d'investissement apparaissent justifiés, l'impossibilité d'obtenir une autorisation de recours à l'emprunt devrait donc être un motif prioritaire de mobilisation des MIGAC.**

Enfin, la mission recommande la mise en place, au sein de chaque ARS, d'une cellule spécialisée en matière d'emprunt des établissements publics de santé. Ces cellules, clairement identifiées, pourraient assurer une fonction de conseil auprès des établissements en matière d'accès au crédit, y compris court terme tant que le recours à celui-ci est autorisé.

Elles pourraient en outre assurer l'instruction technique des demandes d'autorisation préalable adressées par les établissements au directeur général de l'ARS.

Proposition n° 14 : Mettre en place, au sein des agences régionales de santé, une cellule clairement identifiée et spécialisée dans le traitement des problématiques d'emprunt des établissements publics de santé, y compris pour les instruments de court terme tant que leur usage est autorisé. Cette cellule pourrait notamment être compétente pour instruire les demandes d'autorisation préalable de recours à l'emprunt prévues à la proposition n° 12 *supra*.

2.6.3. La définition et la mise en œuvre d'une doctrine nationale de traitement des emprunts sensibles afin de limiter l'exposition au risque de taux

L'existence d'emprunts sensibles dans le portefeuille des établissements publics de santé est un facteur de fragilité financière. La dette latente que représentent ces emprunts (cf. 2.1.2 *supra*) dégrade leur capacité de remboursement à venir et renforce, pour les établissements concernés, la réticence des banques à octroyer de nouveaux crédits.

Rapport

Certaines dispositions ont d'ores et déjà été mises en œuvre pour traiter cette problématique. Elles résultent du décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé et de sa circulaire d'application en date du 9 mai 2012⁴⁸ :

- ◆ **l'article D. 6145-70 nouveau du code de la santé publique a instauré un régime d'autorisation pour les établissements dont la situation financière est dégradée.** Cette mesure évoquée *supra* (cf. encadré n° 14) est une première réponse à la dégradation de certains produits structurés souscrits par les hôpitaux ;
- ◆ **l'article D. 6145-71 nouveau du même code institue une règle générale sur les types d'emprunts pouvant être souscrits** par les établissements publics de santé ;

Ils sont autorisés à souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit dont le taux d'intérêt est fixe ou des emprunts dont le taux d'intérêt est variable, sous réserve que l'indexation porte sur un taux usuel du marché interbancaire, du marché monétaire de la zone euro ou du marché des valeurs de l'État français, ou qu'elle porte sur l'indice du niveau général des prix ou sur l'indice harmonisé des prix à la consommation de la zone euro, définis à l'article D. 112-1 du code monétaire et financier.

Ils ne peuvent en revanche souscrire d'emprunt dont le taux d'intérêt variable peut, durant la vie de l'emprunt, devenir supérieur au double du taux d'intérêt nominal appliqué au cours de la première période de l'emprunt. Cette disposition n'est pas applicable, d'une part, lorsque le taux d'intérêt variable est défini comme la simple addition du taux usuel de référence défini au deuxième alinéa du présent article et d'une marge fixe exprimée en point de pourcentage, d'autre part, lorsque le taux d'intérêt est révisé en fonction d'un des indices évoqués au paragraphe précédent ;

- ◆ **le décret et la circulaire prévoient une dérogation à l'application de l'article D. 6145-71 évoqué précédemment pour gérer la situation des établissements disposant de crédits dont la désensibilisation ne peut être réalisée que par étapes.** Pendant une période transitoire de 5 ans à compter du 07 mai 2012, les EPS pourront ainsi être autorisés par le directeur général de l'ARS, pour les emprunts souscrits antérieurement, à souscrire des emprunts non conformes à l'article D. 6145-71, sous réserve que la souscription par voie d'avenant ou de nouveau contrat ait pour effet de réduire le risque associé au contrat d'emprunt ou au contrat financier souscrit antérieurement au 7 mai 2012. Il appartient au directeur général de l'ARS d'apprécier la réalité de la diminution du risque liée à la restructuration⁴⁹ ;
- ◆ pour compléter ce dispositif et permettre aux établissements d'avoir une meilleure compréhension des conditions dans lesquelles leur charge d'intérêt peut évoluer, la circulaire prévoit que ceux-ci pourront solliciter l'appui méthodologique de consultants spécialisés dans le cadre d'un accord-cadre porté par la centrale d'achat public (UGAP).

⁴⁸ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DB/DGFiP/2012/195 du 09 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

⁴⁹ Selon la circulaire la diminution du risque peut être considérée comme effective dans deux cas de figure : (i) l'un, au moins, des deux éléments de la cotation de la charte Gissler (le chiffre ou la lettre) diminue, sans augmentation corrélative de l'autre. (ii) la cotation de la charte Gissler reste inchangée, mais une des actions suivantes est réalisée : mise en place d'une ou plusieurs échéances à taux fixe sans modification de la date de fin de la période structurée ; réduction de la durée de la période structurée ; mise en place d'un cap, avec éventuellement l'instauration d'un taux plancher ; modification de la structure de la formule (baisse d'un coefficient multiplicateur, suppression d'un effet cliquet, amoindrissement d'une pente, ...) ; remboursement anticipé partiel (réduction du capital restant dû).

Rapport

La circulaire prévoit enfin que les établissements peuvent également solliciter la médiation mise en place par le Gouvernement afin de faciliter la recherche de conciliation entre les emprunteurs publics et les établissements de crédit (Médiation assurée par M. Eric Gissler). Pour bénéficier de cette médiation, le directeur de l'établissement doit prendre l'attache du directeur général de l'ARS, ce dernier en informant la DRFiP et la DGOS.

Ces mesures assurent un encadrement efficace des produits financiers que les établissements peuvent souscrire à l'avenir. Elles semblent en revanche insuffisantes pour traiter les problématiques induites par les produits souscrits antérieurement qui sont pourtant, pour certains d'entre eux, susceptibles de se dégrader.

La mission recommande donc d'adopter à brève échéance de nouvelles mesures visant en particulier à limiter l'exposition des établissements de santé au risque de taux.

Il apparaît tout d'abord indispensable que la décision d'autorisation de recours à l'emprunt (cf. proposition n° 12 *supra*) prenne en compte la présence d'emprunts structurés dans le portefeuille de prêts de l'hôpital. L'une des principales voies de sortie de ces emprunts consistant à refinancer le capital restant dû et l'indemnité de remboursement anticipé par un nouveau prêt à taux fixe, il semble en effet pertinent d'examiner le risque latent pesant sur l'établissement, avant de délivrer une autorisation pour un nouvel emprunt. Tout ou partie de ce nouvel emprunt pourrait utilement être mobilisé pour désensibiliser les prêts structurés détenus par l'établissement, voire pour couper définitivement le risque en opérant un refinancement total. Il est donc proposé qu'un des critères d'octroi de l'autorisation soit relatif aux emprunts sensibles (cf. encadré n° 15 *supra*).

Il convient ensuite d'élaborer et mettre en place une doctrine nationale de traitement des emprunts sensibles détenus par les établissements publics de santé. Comme rappelé précédemment (cf. 2.1.2 *supra*), les emprunts structurés présentent un niveau de risque variable selon le type de formule de calcul et les indices sous-jacents. Il est ainsi nécessaire de cibler les restructurations ou renégociations sur les produits les plus risqués, en particulier ceux indexés sur le cours du change.

Le ciblage des priorités pourrait être réalisé par la DGOS, avec l'appui de la direction générale du Trésor, notamment sur la base des travaux conduits par l'IGF dans le cadre du rapport sur le portefeuille de prêts sensibles de Dexia. Ce ciblage ne doit pas être conçu comme un exercice figé et devra donner lieu à des ajustements réguliers en fonction des opportunités de marché se présentant (évolution du cours de change sur certaines monnaies par exemple). En fonction de celles-ci, la renégociation ou le rachat d'un crédit sensible peu en effet s'avérer plus ou moins coûteux pour l'établissement.

Proposition n° 15 : Affirmer un objectif prioritaire de limitation de l'exposition au risque de taux sur les emprunts sensibles et faire élaborer par la DGOS, avec l'appui technique de la direction générale du Trésor, une doctrine de traitement des situations en fonction du type d'emprunts souscrits. Assurer la mise en œuvre de cette doctrine nationale par les agences régionales de santé, notamment à travers les cellules spécialisées évoquées à la proposition n° 14 *supra*.

Cette doctrine définie, sa mise en œuvre pourrait être appuyée par l'octroi d'aides budgétaires exceptionnelles aux établissements ne pouvant supporter seuls les coûts de restructuration. Ces aides pourraient être accordées au travers de la dotation nationale de financement des MIGAC, dont une sous-enveloppe pourrait être dédiée à cet effet.

Proposition n° 16 : Réserver une sous-enveloppe de la dotation nationale de financement des MIGAC au soutien budgétaire des établissements de santé procédant à la restructuration de leur encours de prêts sensibles conformément à la doctrine arrêtée par la DGOS (cf. proposition n° 15 *supra*).

Rapport

Enfin, compte tenu du traitement national qu'elle propose pour les emprunts sensibles, la mission considère qu'il est préférable d'éviter que les établissements publics de santé introduisent, de manière dispersée et sans coordination, des contentieux à l'encontre des banques. De telles actions risqueraient de fragiliser le processus de restructuration, sans aucune garantie sur l'issue des contentieux introduits. Plus largement, elles pourraient entraîner des conséquences néfastes sur l'appréciation du risque emprunteur et pénaliser l'accès des établissements à l'emprunt.

La mission propose donc de soumettre à l'avis préalable obligatoire mais non conforme du directeur général d'ARS compétent la décision du directeur d'un établissement public de santé d'introduire un recours en justice pour un litige relatif à un produit bancaire. Ce régime d'avis préalable pourrait être instauré par voie de circulaire.

Proposition n° 17 : Mettre en place par voie de circulaire un régime d'avis préalable obligatoire mais non conforme du directeur général de l'agence régionale de la santé compétent sur la décision du directeur d'un établissement public de santé d'introduire un recours en justice pour un litige relatif à un produit bancaire.

2.6.4. L'amélioration de l'enregistrement comptable des emprunts structurés dans un souci de transparence et d'anticipation des difficultés financières

En parallèle des mesures de traitement de l'encours de prêts sensibles en vue de limiter l'exposition au risque (cf. point 2.6.3 supra), il apparaît également nécessaire de faire évoluer les modalités d'enregistrement comptable de ces emprunts afin de révéler la dette latente des établissements publics de santé.

L'enjeu d'une telle modification est d'introduire une plus grande transparence sur la situation financière réelle des établissements et de permettre à ceux-ci d'anticiper sur le plan budgétaire les difficultés financières révélées d'un point de vue comptable. Elle constitue en ce sens un élément essentiel pour la confiance des banques.

Dans un avis du 3 juillet 2012 (cf. encadré n° 16 *infra*), le Conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) a proposé de compléter et de préciser les règles de comptabilisation relatives aux emprunts, instruments dérivés et opérations de couverture, avec pour objectif principal de mieux traduire comptablement les risques pris du fait de la souscription de certains emprunts, en particulier les emprunts structurés.

Encadré 16 : Les propositions du CNOCP en matière de traitement comptable des dettes financières et des instruments dérivés (avis du 3 juillet 2012)

Le Conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) a été créé par la loi de finances rectificative du 30 décembre 2008 et est en charge de la normalisation comptable de toutes les entités exerçant une activité non marchande et financées majoritairement par des ressources publiques, et notamment des prélèvements obligatoires. Organisme consultatif placé auprès du Ministre chargé des comptes publics, il donne un avis préalable sur les textes réglementaires comportant des dispositions comptables applicables à des entités entrant dans son champ de compétence. Il propose également des dispositions nouvelles en rendant des avis qui sont approuvés sous forme d'arrêtés par les ministères concernés. Les avis du Conseil de normalisation des comptes publics sont publics.

L'avis du CNOCP n° 2012-04 en date du 3 juillet 2012 propose que le traitement comptable varie selon que l'emprunt est classé dans la catégorie des emprunts simples ou celle des emprunts complexes, selon les modalités décrites *infra*.

Produits simples

Les produits qualifiés de « produits simples » correspondent aux produits à taux fixe ou à taux variable simple. Pour ceux-ci, le CNOCP confirme que la comptabilisation des charges financières doit être réalisée par application de la méthode des intérêts courus.

Rapport

Produits complexes

Selon le CNOCP, les produits qualifiés de « produits complexes » correspondent aux produits pour lesquels il existe un risque que le taux de l'emprunt évolue défavorablement et devienne très supérieur au taux que l'entité aurait obtenu si elle avait souscrit à l'origine un emprunt à taux fixe ou à taux variable simple.

Concernant ces opérations, comportant une composante de prise de risque supplémentaire, le CNOCP considère qu'il convient de traduire comptablement le risque que le coût de l'emprunt, en raison de la structuration, devienne très supérieur aux conditions de marché.

Les produits complexes présentent en général un taux bonifié par rapport au taux qui aurait été obtenu à l'origine en souscrivant un produit simple. Cette bonification rémunère la vente d'option généralement incluse dans ces produits, cette vente d'option traduisant le fait que, lors de la mise en place de l'emprunt, la banque bénéficie du droit d'avoir une rémunération très supérieure au taux de marché dans certaines conditions d'évolution de taux. Pour le CNOCP, la bonification éventuelle ne doit être comptabilisée qu'au moment où elle est certaine. Cela conduit à enregistrer annuellement l'écart entre la charge d'intérêt au taux d'intérêt effectif ou au taux de marché et la charge d'intérêt au taux bonifié en produits constatés d'avance. Ces produits constatés d'avance sont rapportés au résultat sur la durée résiduelle de l'emprunt.

Pour traduire le risque supplémentaire, le CNOCP demande qu'une évaluation financière du risque inclus dans l'emprunt soit réalisée dès la mise en place de l'emprunt, c'est-à-dire de manière générale à partir de la mise à disposition des fonds. Dès lors que cette évaluation fait apparaître un risque de perte dont le montant est supérieur à la bonification obtenue, il propose qu'une provision soit constituée à hauteur de cet écart. Le risque est ré-estimé à chaque date de clôture sur la base des anticipations de taux faites par le marché.

Source : Site internet du CNOCP – Avis n° 2012-04 en date du 3 juillet 2012.

Pour les produits qualifiés de complexes (notion qui englobe les emprunts sensibles), cet avis propose de constituer une provision à hauteur de l'estimation financière du risque de perte et de réévaluer cette provision à chaque clôture sur la base des nouvelles anticipations de taux faites par le marché.

La provision pour risque de perte ainsi constituée aurait pour conséquence de révéler sur le plan comptable la dette latente des établissements publics de santé, ce qui constituerait un effort de transparence sur leur situation financière.

Proposition n° 18 : Mettre en œuvre, pour les établissements publics de santé, les recommandations de l'avis du CNOCP n° 2012-04 en date du 3 juillet 2012 sur la comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés des entités à comptabilité publique relevant du code général des collectivités territoriales, du code de l'action sociale et des familles, du code de la santé publique et du code de la construction et de l'habitation.

Il doit être précisé que la constitution d'une telle provision serait neutre en termes budgétaires pour les établissements publics de santé. En effet, au moment de l'entrée en vigueur des dispositions de l'avis du CNOCP, la provision serait constituée pour le stock d'emprunts structurés sur la base du risque correspondant. Cette provision ne donnerait lieu à aucun mandat de dépense, seule une opération de régularisation imputant celle-ci directement sur la situation patrimoniale nette de l'établissement, sans impact sur l'excédent de la section de fonctionnement.

Rapport

Par la suite, les réévaluations à la hausse de la provision initiale (conséquence d'une augmentation de l'indemnité de remboursement anticipé) seraient considérées comme des charges et donneraient lieu à l'émission d'un mandat de dépense. Cette opération aurait un impact sur le compte de résultat de l'établissement, mais n'aurait toutefois pas d'impact sur sa capacité d'investissement dans la mesure où l'instruction budgétaire et comptable M21 applicable aux hôpitaux⁵⁰ prévoit que les dotations aux provisions sont des opérations d'ordre semi-budgétaire qui ne viennent pas en déduction de l'excédent de la section de fonctionnement (capacité d'autofinancement) qui alimente la section d'investissement⁵¹.

2.6.5. Le renforcement de la communication sur les mesures prises par la tutelle en matière de gestion du risque financier des établissements de santé

Les développements précédents montrent que la gestion du risque financier des hôpitaux a donné lieu à de nombreuses actions menées par les administrations, par voie législative ou réglementaire, par circulaires interministérielles, voire de manière plus informelle (par exemple à travers l'élaboration de guides méthodologiques).

Or, il ressort des consultations réalisées auprès du secteur bancaire que cet ensemble de mesures apparaît insuffisamment lisible, ce qui contribue à fragiliser l'appréciation du risque emprunteur des établissements publics de santé.

La mission propose donc de renforcer la communication institutionnelle du ministère de la santé sur ce point, en particulier en élaborant un document destiné à la communication externe et présentant les dispositions normatives ainsi que les dispositifs permettant d'assurer une supervision efficace du risque financier dans le secteur hospitalier.

Proposition n° 19 : Élaborer et diffuser largement un document destiné à la communication externe et présentant les dispositions normatives ainsi que les dispositifs mis en œuvre par les pouvoirs publics pour assurer une supervision efficace du risque financier dans le secteur hospitalier.

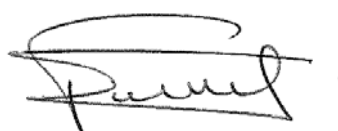
A Paris, le 28 mars 2013

L'inspecteur général des finances



Didier BANQUY

L'inspecteur des finances



Pierre PAINAULT

⁵⁰ Instruction codificatrice n° 07-005-M21 du 17 janvier 2007.

⁵¹ En effet, la section d'investissement est alimentée par la capacité d'autofinancement (CAF) qui est le solde entre les charges et les produits autres que celles et ceux qui sont calculés, donc hors impact de la dotation aux amortissements et provisions. En d'autres termes, le fait que le résultat de la section de fonctionnement soit impacté par les dotations aux amortissements et provisions n'empêche pas de faire des investissements à partir du solde correspondant aux recettes « réelles » moins les dépenses « réelles » (cf. Instruction codificatrice n° 07-005-M21 du 17 janvier 2007).