

Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

AVRIL 2020

Frédérique **BREDIN**
Ombeline **GRAS**
Amaël **PILVEN**

Hervé **LÉOST**
Alain **MEUNIER**
Frédéric **REMA Y**

Dans le contexte de crise sanitaire aigüe que traverse le pays à l'heure où ce rapport est achevé, la mission tient à exprimer sa reconnaissance à tous ceux qui travaillent en ce moment difficile dans les établissements de santé, et plus particulièrement dans les établissements de santé publics, objets de ce rapport, et s'associer aux remerciements et à l'hommage qui leur sont dus.

La mission remercie également tous ceux qui ont apporté leur contribution à la finalisation de ce rapport malgré le contexte difficile des dernières semaines



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

Inspection générale
des finances

Inspection générale
des affaires sociales

N° 2019-M-080-04

N° 2019-121R

RAPPORT

ÉVALUATION DE LA DETTE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DES MODALITÉS DE SA REPRISE

Établi par

OMBELINE GRAS

Inspectrice des finances

AMAËL PILVEN

Inspecteur des finances

Avec la participation
de **LORIS ANDRÉ**

Assistant de mission

Avec le concours de

CHARLES PAYET

Stagiaire au Pôle Sciences des données

Sous la supervision de

FRÉDÉRIQUE BREDIN

Inspectrice générale des finances

HERVÉ LÉOST

Inspecteur des affaires sociales

ALAIN MEUNIER

Inspecteur général
des affaires sociales

FRÉDÉRIC REMAY

Inspecteur général
des affaires sociales

Avec la participation de

ANNE BOUYGARD

Inspectrice générale
des affaires sociales

- AVRIL 2020 -

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

SYNTHÈSE

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 révèle à la fois la grande réactivité du système de santé français et ses fragilités structurelles. **S'agissant plus particulièrement de l'hôpital public, les enjeux de transformation n'en sont que plus vifs, l'offre de soins devant être repensée à l'échelle de chaque territoire, en garantissant la continuité des prises en charge des patients entre ville, hôpital et médico-social.** Cette transformation ne pourra être réalisée qu'à condition d'assainir le bilan des établissements publics de santé, dont 40 % sont surendettés, et restaurer les marges nécessaires à la reprise de l'investissement courant, que plus de quatre hôpitaux publics sur cinq n'assurent pas à son niveau incompressible.

C'est pourquoi les établissements publics de santé (EPS) volontaires pourront, par la « *reprise de dette* » annoncée par le Gouvernement, **bientôt constater à leur bilan l'engagement de l'État à couvrir une part du service de leur dette**, et percevoir chaque année les versements correspondants, pour un **montant total atteignant environ 13 Md€**.

Pour chaque EPS, la part de dette couverte devra tenir compte de sa situation financière mais aussi de son niveau d'ambition pour conduire les transformations nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire. C'est pourquoi la mission propose qu'**en plus d'un « socle » de reprise, lié aux besoins d'assainissement financier et d'investissement courant, une « modulation » puisse être accordée, sur la base d'un cadrage national, par l'agence régionale de santé (ARS), reflétant le degré d'engagements pris et les particularités de chaque territoire.** Pour que l'ARS dispose de la marge suffisante pour encourager les transformations là où elles sont prioritaires, cette « *modulation* » doit représenter plus de 50 % de l'enveloppe totale.

La mesure s'inscrira dans un cadre contractuel guidé par une vision à moyen-terme et à l'échelon territorial. Cette vision devra répondre aux objectifs de transformation, d'assainissement financier et de reprise, prioritairement, de l'investissement courant, dans une optique globale d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail pour les personnels hospitaliers. Ainsi, la mission propose que **chaque hôpital s'engage sur au moins l'un des trois axes de la mesure et soit suivi, sur au moins cinq ans, par l'ARS**, qui sera en mesure d'encourager la réalisation de cet engagement.

Le déploiement du mécanisme repose sur la mobilisation d'un circuit financier déjà éprouvé, notamment un portage financier assuré par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Sur le plan opérationnel, il s'appuie très fortement sur les ARS. Celles-ci seront en charge de l'établissement des contrats, ce qui implique au préalable de fiabiliser les données permettant le calcul de l'aide, l'identification des objectifs pour chaque établissement et la négociation, à partir du « *socle* » alloué à chaque EPS, d'un montant de reprise final. L'ensemble du mécanisme exigera plusieurs vecteurs juridiques, d'ordre législatif, financier et organique.

Néanmoins, étant donné le contexte très particulier de ce déploiement, en pleine crise sanitaire, mobilisant les ARS au moins jusqu'à l'été, et interagissant avec les disponibilités des organismes financeurs, le calendrier originel a dû être révisé et certaines modalités simplifiées. **Il s'agit de ne pas retarder la mise en œuvre d'une mesure phare et attendue par les établissements, sans pour autant hypothéquer la vision à moyen terme et les objectifs structurels qu'elle porte.**

Il est notamment proposé que **tous les EPS décidés à s'engager dans la démarche de contractualisation puissent bénéficier, dès l'automne 2020, d'un acompte** correspondant au montant « *socle* » auquel ils peuvent prétendre. Les contrats de « *reprise* » correspondants devront tous être signés début 2021, rendant visible dès cette date l'allègement de 13 Md€.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. L'ASSAINISSEMENT FINANCIER ET LA RELANCE, EN PRIORITÉ, DE L'INVESTISSEMENT COURANT DES HÔPITAUX DOIVENT S'ARTICULER AVEC UN PROCESSUS DE TRANSFORMATION ÉLARGI À L'ÉCHELON TERRITORIAL	2
1.1. Alors qu'ont pris fin les grands plans d'investissement hospitaliers, l'endettement des EPS reste supérieur à 30 Md€ et le financement de l'investissement courant est insuffisant pour plus de 80 % d'entre eux	2
1.1.1. <i>Les plans d'investissements nationaux ont porté la croissance de la dette entre 2005 et 2014, dont la stabilisation ultérieure coïncide avec un renforcement du pilotage des investissements et de l'endettement.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Une soutenabilité de la dette qui se dégrade dans l'ensemble avec 42 % d'établissements en situation de surendettement, 9 établissements concentrant encore des emprunts très toxiques et une dette « invisible » portée par des GCS</i>	<i>4</i>
1.1.3. <i>Une situation financière marquée par la baisse de l'autofinancement et un sous-investissement courant, 83 % d'EPS se situant sous la part considérée comme incompressible de 3 % des produits en 2018.....</i>	<i>6</i>
1.2. La recomposition de l'offre de soins selon les axes de la stratégie « <i>Ma santé 2022</i> », nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des patients, doit également contribuer à résorber les difficultés actuelles des hôpitaux.....	10
1.2.1. <i>La transformation de l'offre de soins vise à répondre aux enjeux majeurs du secteur hospitalier public, en lien avec les autres composantes du système de santé.....</i>	<i>10</i>
1.2.2. <i>La transformation des établissements publics doit être menée à l'échelle des territoires, en particulier au sein des groupements hospitaliers de territoire</i>	<i>11</i>
2. LE REFINANCEMENT D'UNE PART DU SERVICE DE LA DETTE DEVRAIT PERMETTRE D'AMÉLIORER LA SITUATION FINANCIÈRE ET LES CAPACITÉS D'INVESTISSEMENT DANS UN CADRE CONTRACTUEL PROMOUVANT LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE	12
2.1. Le versement d'une aide annuelle au refinancement d'une part des annuités en capital et en intérêts devrait permettre d'améliorer les marges financières des établissements.....	12
2.1.1. <i>Les établissements qui s'engagent bénéficieront d'un refinancement des échéances en capital et en intérêts, retraitées des aides et de la dette EHPAD/USLD.....</i>	<i>12</i>
2.1.2. <i>Une mesure d'un montant total estimé à 13 Md€, financée par l'intermédiaire de la CADES, de l'Acoss et de l'Assurance maladie</i>	<i>14</i>
2.1.3. <i>Des versements suivant l'échéancier d'amortissement de la dette de chaque EPS, préférablement sur 15 ans.....</i>	<i>16</i>
2.1.4. <i>Un effet sur le bilan, le tableau de financement et le résultat d'exploitation des hôpitaux, d'autant plus visible que l'engagement est inconditionnel..</i>	<i>18</i>
2.1.5. <i>Un calendrier de financement à adapter au contexte de crise actuel.....</i>	<i>20</i>

2.2.	La dimension contractuelle de la mesure doit engager les EPS dans une véritable démarche de transformation, en organisation comme en qualité, à l'échelle des GHT et en lien avec les autres acteurs de santé.....	21
2.2.1.	<i>Les trois objectifs de la mesure devront être articulés dans les contrats...</i>	21
2.2.2.	<i>La mesure doit permettre d'accélérer les transformations de l'offre de soins en cohérence avec les projets régionaux de santé</i>	22
2.2.3.	<i>L'objectif d'assainissement financier est indispensable pour accompagner les transformations.....</i>	23
2.2.4.	<i>L'objectif relatif à l'investissement courant permettra de mettre l'accent sur le service aux patients et la qualité de de vie au travail.....</i>	23
3.	LES CONTRATS DÉCLINERONT, POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT, LA RÉPARTITION DE LA MESURE ET LES ENGAGEMENTS DES PARTIES, EN COHÉRENCE AVEC UN CADRAGE NATIONAL	25
3.1.	La mise en œuvre de la mesure devra tenir compte des règles européennes relatives à l'encadrement des aides d'État et respecter le principe constitutionnel d'égalité.....	25
3.1.1.	<i>La compensation d'une partie du service de la dette constitue une aide d'État qui peut néanmoins être conforme au marché intérieur européen</i>	25
3.1.2.	<i>La mesure devra respecter le principe constitutionnel d'égalité</i>	29
3.2.	La part de dette refinancée comportera, pour chaque établissement, un socle répondant à ses enjeux financiers, éventuellement augmenté d'une modulation régionale répondant aux ambitions de transformation	30
3.2.1.	<i>Un socle de reprise devra être accessible à tous les EPS qui s'engagent dans une démarche contractuelle répondant aux objectifs de la mesure..</i>	31
3.2.2.	<i>Une modulation régionale sera dimensionnée pour des projets de transformation structurelle des établissements validés par les ARS.....</i>	42
3.3.	La réussite de la mesure reposera, en amont, sur le temps de préparation laissé aux territoires, et, en aval, sur un schéma de conditionnalité qui permette un suivi du respect des engagements, le tout dans un contexte compliqué par la crise sanitaire	45
3.3.1.	<i>La mise en œuvre de ce schéma suppose la définition d'un cadre contractuel de référence ainsi que d'un calendrier qui permette aux établissements, au sein des GHT, de conduire, dans un cadre concerté, une véritable négociation avec les ARS.....</i>	45
3.3.2.	<i>Le mécanisme de conditionnalité et de suivi de la mesure doit articuler visibilité pour les établissements et contrôle du respect des engagements.....</i>	53
	SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	58

INTRODUCTION

Le Premier ministre a annoncé, dans le cadre du plan d'urgence pour l'hôpital présenté le 20 novembre 2019 au ministère des Solidarités et de la Santé, « *un programme massif de reprise de dettes de 10 Md€* » destiné aux hôpitaux publics.

Afin de mettre en œuvre ce programme, les ministres des Solidarités et de la Santé, de l'Économie et des Finances et de l'Action et des Comptes publics ont confié à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales, le 2 décembre 2019, une mission visant à évaluer la dette des établissements publics de santé (EPS) et les modalités de sa reprise.

La mission a eu à cœur de maintenir une étroite collaboration avec l'ensemble des administrations qui seront chargées de l'opérationnalisation de la mesure, avec un double objectif : mobiliser les travaux existants et garantir l'opérationnalité de l'ensemble des propositions de la mission, tout en préservant les principes d'indépendance des travaux et d'objectivation des propositions propres aux services qui la composent.

Il s'est notamment agi des directions concernées du ministère chargé de la Santé (direction générale de l'offre de soins et direction de la sécurité sociale), mais surtout des agences régionales de santé (ARS), pièces maîtresses dans la mise en place et le suivi de la mesure, ainsi que les organismes de sécurité sociale qui seront les intermédiaires des financements.

Ont également été fortement mobilisées les administrations des ministères économiques et financiers, notamment des services en charge du financement (Agence France Trésor, dont les équipes intègrent désormais opérationnellement celles de la caisse d'amortissement de la dette sociale, qui portera la mesure), ou de ceux chargés du suivi des comptes des EPS au sein de la direction générale des finances publiques.

Il n'était pas envisageable de préparer une mesure dont l'ampleur, financière mais aussi politique, vise à porter la transformation de l'offre de soins hospitalière publique pour les années à venir, sans consulter les directeurs d'établissements et les représentants des communautés médicales concernées. Outre les instances représentatives de ces derniers, la mission a effectué des déplacements dans quatre régions métropolitaines, où elle s'est successivement entretenue avec les équipes de l'ARS et de plusieurs établissements, volontairement divers par leur taille, leurs enjeux financiers et de transformation.

La mission s'est aussi entretenue avec les principaux financeurs de l'hôpital public français, qu'il s'agisse des établissements de crédit privés ou publics.

Au total, la mission formule 20 propositions dans l'ensemble du champ de mise en œuvre de la mesure, assorties de recommandations opérationnelles visant une mise en œuvre immédiate : (i) périmètre d'éligibilité à la mesure et répartition de l'aide répondant à ses objectifs, (ii) modalités opérationnelles du circuit de financement, comprenant un calendrier intégrant les contraintes liées à la crise sanitaire en cours, (iii) formulation juridique garantissant la compatibilité de la mesure avec le cadre constitutionnel et européen, (iv) modalités de contractualisation et suivi des engagements au niveau régional et national.

L'objectif de cette mission, outre ce rapport, était de fournir aux administrations concernées les outils nécessaires à cette mise en œuvre immédiate. Leur a ainsi été remis un outil permettant de simuler la reprise de la dette de chaque EPS en fonction des critères sélectionnés et de leur pondération, de façon à faciliter le travail de répartition. La mission a aussi élaboré une notice pour guider le travail de fiabilisation des données nécessaire à l'élaboration des contrats de « *reprise de dette* ».

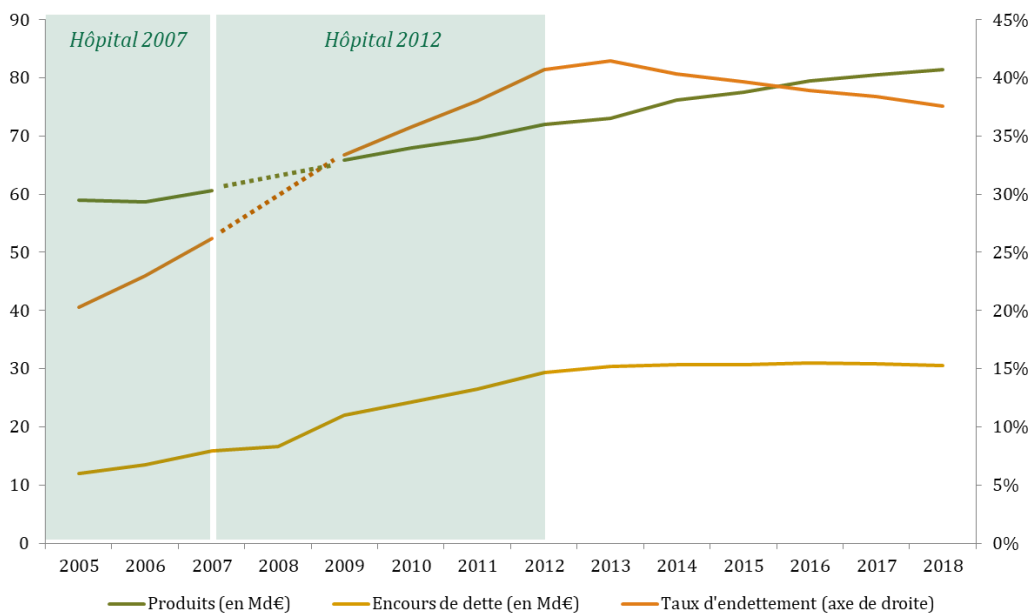
1. L'assainissement financier et la relance, en priorité, de l'investissement courant des hôpitaux doivent s'articuler avec un processus de transformation élargi à l'échelon territorial

1.1. Alors qu'ont pris fin les grands plans d'investissement hospitaliers, l'endettement des EPS reste supérieur à 30 Md€ et le financement de l'investissement courant est insuffisant pour plus de 80 % d'entre eux

1.1.1. Les plans d'investissements nationaux ont porté la croissance de la dette entre 2005 et 2014, dont la stabilisation ultérieure coïncide avec un renforcement du pilotage des investissements et de l'endettement

Après une phase de forte croissance entre 2005 et 2014 de 11,9 Md€ à 30,3 Md€ (+ 157 %), l'encours de dette des EPS s'est stabilisé au-dessus de 30,0 Md€, avec un léger reflux (- 1 %) depuis 2016 pour atteindre 30,5 Md€ à fin 2018 (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Evolution de la dette hospitalière entre 2005 et 2014



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DGFIP.

La croissance de l'endettement s'explique en partie par la mise en œuvre de grands plans nationaux de relance de l'investissement hospitalier, qui ont en particulier favorisé les investissements immobiliers :

- ♦ engagé en 2003, le **plan « Hôpital 2007 »** a ciblé les établissements publics et privés, avec un montant initial de 10,3 Md€ d'investissements en immobilier (85 % du total), en équipements lourds ou numériques. Il s'est traduit par le versement de subventions en capital ainsi que de dotations en exploitation sur 20 ans (450 M€) permettant de financer 4,5 Md€ d'emprunts aidés. Ces aides à l'emprunt ainsi que le dérapage du plan (coût total de 16 Md€) ont favorisé l'accroissement de l'encours de dette ;

Rapport

- ◆ en 2008, le plan « **Hôpital 2012**¹ », qui a pris le relais du précédent, a également privilégié le soutien à l'investissement par un accompagnement de l'endettement. Il a suivi la même logique pour un montant global de 5 Md€ d'investissements, financés par 1,2 Md€ de subventions en capital et des aides en fonctionnement couvrant 3,8 Md€ d'emprunts. Si seule la première tranche du plan a finalement été mise en œuvre, celle-ci a été constituée à 85 % de projets immobiliers.

Si ces plans ont permis un grand nombre de restructurations et de modernisations indispensables, leur encadrement n'a pas été suffisamment rigoureux, en particulier s'agissant du plan « Hôpital 2007 ». Les modalités de sélection peu discriminantes de ce dernier ont conduit au financement d'un grand nombre de projets², qui a par ailleurs doublé dans le dernier bilan³. L'imposition par le niveau national de délais très courts aux agences régionales pour distribuer les aides, tout comme la concomitance avec l'introduction de la tarification à l'activité, n'ont pas favorisé la bonne évaluation des besoins et le pilotage, avec de fortes incertitudes sur les indicateurs financiers des EPS.

Dans ce contexte, **le surdimensionnement de certains projets, fondés sur des prévisions irréalistes et des projets médicaux incohérents, a pu conduire à la fragilisation financière de plusieurs établissements**, alors même que l'ambition initiale était de rationaliser l'offre de soins et d'optimiser les dépenses. Ces dérives ont en partie été corrigées dans le plan « *Hôpital 2012* », dont la procédure de sélection et de suivi a été renforcée⁴ (validation régionale puis nationale par un comité national de validation, critères centrés sur la soutenabilité financière et la recherche d'efficience).

La phase de stabilisation de la dette observée à partir de 2014 tient en partie à la fin des plans d'investissement, mais elle s'explique également par **un pilotage renforcé et un meilleur outillage des établissements** :

- ◆ les aides à l'investissement décidées au niveau national se font désormais dans le cadre du comité de la performance et de la modernisation (COPERMO), instance créée en 2013⁵ pour apporter une validation des projets d'investissement supérieurs à 50 M€, qui font ensuite l'objet d'un suivi annuel, les projets supérieurs à 100 M€ faisant l'objet d'une contre-expertise par le secrétariat général pour l'investissement⁶ ;
- ◆ un rôle d'accompagnement des nouveaux projets est assuré depuis 2009 par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui met notamment à disposition des porteurs de projet des outils et référentiels pour sécuriser leur démarche ;
- ◆ un régime d'autorisation préalable à l'emprunt a été introduit en 2011 pour les EPS en situation de surendettement⁷, délivrée par le directeur général de l'ARS, après avis du directeur régional des finances publiques.

¹ Circulaire DHOS du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012.

² 937 projets initialement sélectionnés, dont 70 % d'un montant inférieur à 10 M€, d'après la Cour des comptes, *Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale 2009*, « Plan Hôpital 2007 : la relance de l'investissement immobilier », pages 145-169.

³ *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, rapport IGAS, mars 2013.

⁴ Validation régionale puis nationale par un comité national de validation, critères centrés sur la soutenabilité financière et la recherche d'efficience.

⁵ Circulaire interministérielle DGOS/DGFIP du 5 juin 2013.

⁶ Article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

⁷ Au sens de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, la situation de surendettement se définit par le cumul d'au moins deux des trois caractéristiques suivantes : un ratio d'indépendance financière (rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents) supérieur à 50 % ; une durée apparente de la dette (rapport entre l'encours de dette et la capacité d'autofinancement) supérieure à dix ans ; un encours de dette rapporté au total des produits supérieur à 30 %.

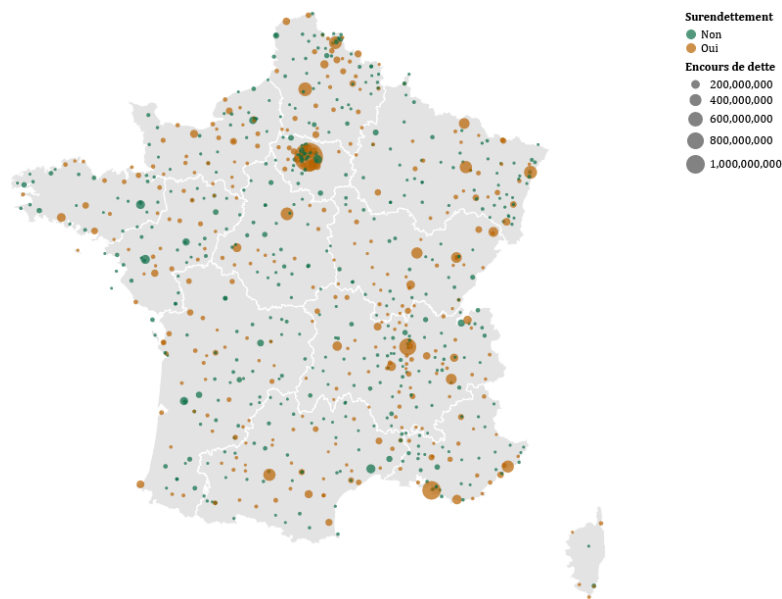
Le renforcement du pilotage de l'allocation des ressources aux EPS a néanmoins contribué à favoriser une approche de court terme. La sous-exécution systématique du sous-objectif « établissements de santé » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entre 2010 et 2018 traduit une régulation annuelle, voire infra-annuelle, (jusqu'en 2017-2018, annulations récurrentes des crédits mis en réserve, réduisant la lisibilité sur les dotations), qui n'a pas été articulée avec une approche structurelle⁸. Cette contribution de l'ONDAM hospitalier à la maîtrise de l'ONDAM global est concomitante à la dégradation des capacités d'autofinancement des EPS observée depuis 2012 (cf. *infra* 1.1.3).

1.1.2. Une soutenabilité de la dette qui se dégrade dans l'ensemble avec 42 % d'établissements en situation de surendettement, 9 établissements concentrant encore des emprunts très toxiques et une dette « invisible » portée par des GCS

L'endettement des EPS pose des problèmes croissants de soutenabilité. Le taux d'endettement agrégé, qui rapporte l'encours de dette au total des produits, a culminé à 41 % en 2013 avant de refluer légèrement sans jamais redescendre en-dessous du seuil réglementaire de 30 % défini à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

D'après les comptes financiers 2018, **42 % des EPS sont considérés comme surendettés et soumis à autorisation préalable pour leurs emprunts**⁹. Leur encours de dette agrégé s'élevait à 23,4 Md€, soit 77 % de l'encours total. La répartition des établissements surendettés est relativement homogène à l'échelle du territoire (cf. figure 1), mais elle concerne spécifiquement les établissements de taille importante, avec 85 % des 28 EPS dont l'encours de dette est supérieur à 200 M€ en situation de surendettement.

Figure 1 : Répartition territoriale des EPS surendettés au 31 décembre 2018



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après les comptes financiers 2018. *Nota* : seuls sont présents sur la carte les 810 EPS dont le FINESS était associé à des coordonnées géographiques.

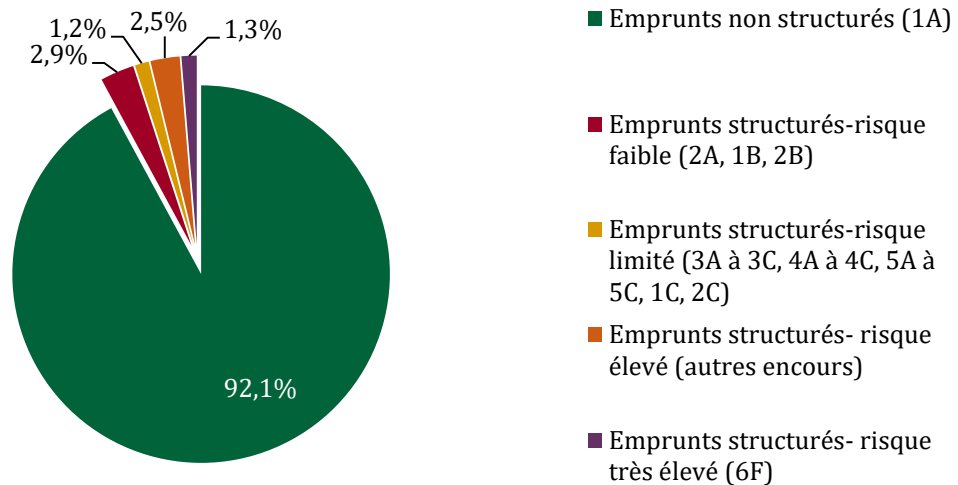
⁸ Voir notamment le Rapport d'information du 9 octobre 2019 fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

⁹ Parmi ces établissements, 184 EPS cumulaient les trois critères de surendettement identifiés à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, et 278 EPS cumulaient le critère de durée apparente de la dette et le critère de taux d'endettement, qui sont ainsi les deux critères les plus fréquemment associés.

En dépit des dispositifs successifs de désensibilisation déployés à partir de 2015¹⁰ et de la prohibition du recours aux emprunts structurés¹¹, une part de la dette des EPS est encore considérée comme toxique à des degrés divers. Selon les données au 31 décembre 2018 transmises par l'ATIH¹² (cf. graphique 2) :

- ◆ la part des emprunts structurés¹³ à risque très élevé (cotation 6F, soit en dehors de la charte dite « Gissler » de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales) ne représentait plus que 1,3 % de l'encours de dette 2018 (soit 377 M€), en recul par rapport à 2012 où elle s'élevait à 4 % de l'encours total (925 M€) ;
- ◆ 2,5 % de l'encours de dette était constitué d'emprunts structurés à risque élevé (cotations 1D à 5D et 1E à 5E sur la charte dite « Gissler »), qui n'étaient pas inclus dans le périmètre des dispositifs de désensibilisation ;
- ◆ 92,1 % de l'encours de dette était constitué d'emprunts non structurés (cotation 1A sur la charte dite « Gissler »).

Graphique 2 : Distribution de l'encours de dette selon le niveau de risque (cotation de la charte « Gissler ») au 31 décembre 2018



Source : Mission, d'après les données ATIH (sur un périmètre d'encours de 28,4 Md€).

Si l'encours 6F est devenu résiduel, il résulte de l'exclusion des établissements de taille importante du dispositif de désensibilisation une forte concentration : 83,1 % de l'encours très toxique est en effet porté par seulement 9 EPS, qui sont pour certains encore très exposés (notamment les établissements de Saint-Étienne, Dijon, Nantes et Arras).

¹⁰ Deux vagues de désensibilisation pour un total de 400 M€ d'aides ont été débloquées entre 2015 et 2017 pour les établissements de moins de 100 M€ de produits, puis dans un second temps pour ceux dont le produit est compris entre 100 et 200 M€. Ces aides n'ont concerné que les emprunts dits « hors charte Gissler » (cf. instructions ministérielle DGOS /DGFIP/ du 22 décembre 2014 et DGOS/DGFIP du 28 juillet 2015).

¹¹ Voir les articles D. 6145-71 et D. 6145-72 du code de la santé publique, introduits en 2011.

¹² Ces travaux de l'ATIH s'appuient sur l'exploitation de la base ODT au 31 décembre 2018, dans laquelle les données ne sont toutefois pas exploitables pour l'ensemble de l'encours (notamment car la cotation au regard de la charte dite « Gissler » n'y est pas toujours renseignée). Les données exploitables portent sur 28,4 Md€ d'encours de dette.

¹³ Les emprunts structurés sont définis par l'ATIH comme « des prêts combinant dans un seul et même contrat un prêt bancaire classique et un ou plusieurs produits dérivés. Les intérêts des produits dérivés sont déterminés selon l'évolution d'un indice sous-jacent non standard (...) ou sont calculés selon des formules complexes. Ces formules pouvant être non linéaires, l'évolution des taux supportés peut être exponentielle par rapport à celle de l'index lui-même (c'est notamment le cas des produits affectés de coefficients multiplicateurs) ».

Rapport

Pour les établissements dont le risque s'est déjà matérialisé (activation des clauses majorant les taux d'intérêt), le coût de ces emprunts sera déjà pris en compte par le mode de calcul de l'assiette de « reprise » proposé par la mission, qui intègre les frais financiers. Pour les autres établissements et au regard des dangers que représentent encore ces emprunts très risqués, la mission préconise qu'il en soit tenu compte dans le cadre du mécanisme de « reprise de dette » (cf. 3.3.1.1).

En outre, la situation d'endettement réelle des EPS n'est pas toujours retracée dans leurs comptes. La mission a en effet constaté que certains établissements avaient externalisé une partie de leur dette au sein de groupements de coopération sanitaire (GCS), structures de coopération sanitaire pouvant impliquer la mutualisation de moyens. Les GCS de moyens, constitués entre établissements publics et/ou privés, peuvent en effet contracter une dette qui n'apparaîtra pas au bilan des établissements constitutifs, et ne sera, *a fortiori*, pas remontée dans l'observatoire de la dette (ODT) de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ni dans les comptes financiers transmis à la DGFIP.

Or, **la dette portée par le GCS pèse bien sur les comptes des EPS membres** dans la mesure où le remboursement des échéances en capital et en intérêts des encours mutualisés au niveau du GCS leur est refacturé¹⁴. Les montants concernés peuvent être très significatifs, comme l'illustrent les exemples des CH de Valenciennes (où la dette externalisée au GCS et supportée par le CHU augmente de 55,9 % celle inscrite à son bilan) et de Saint-Cyr à Villeneuve-sur-Lot (où la prise en compte de cette dette doublerait le taux d'indépendance financière)¹⁵.

La mission estime que cette dette « non visible » pourrait potentiellement représenter 1 à 2 % de l'encours total de la dette hospitalière¹⁶. Complexe à mettre en œuvre, une réintégration de cette dette dans l'assiette de la mesure ferait peser un risque juridique de rupture d'égalité entre membres d'un même GCS (notamment publics et privés). Il est ainsi recommandé de tenir compte de cette dette, non pas dans l'assiette de la mesure, mais dans la modulation du taux de reprise des EPS concernés défini par l'ARS (cf. 3.3.1.1).

1.1.3. Une situation financière marquée par la baisse de l'autofinancement et un sous-investissement courant, 83 % d'EPS se situant sous la part considérée comme incompressible de 3 % des produits en 2018

La capacité d'autofinancement des EPS s'est dégradée entre 2005 et 2018, comme le reflètent les soldes intermédiaires de gestion, dont la capacité d'autofinancement (CAF) nette¹⁷, qui intègre le montant des remboursements de la dette en capital (cf. graphique 3) :

- ◆ alors que 18 % des EPS présentaient une CAF nette négative en 2005, cette situation concernait 35 % d'entre eux en 2018 (soit 299 établissements) ;
- ◆ cette évolution s'est particulièrement accélérée sur les dernières années, avec une hausse de la part d'EPS dont la CAF nette est négative (+ 10 points de pourcentage).

¹⁴ Il figure en principe dans les charges de titre 3, « charges à caractère hôtelier et général ».

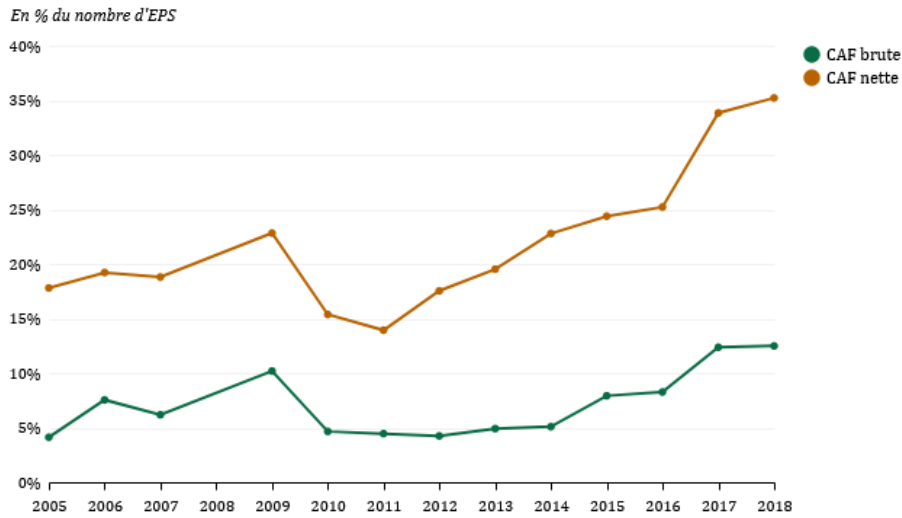
¹⁵ Rapport d'observations définitives, centre hospitalier Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot (années 2009 et suivantes), chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, 7 juin 2017.

¹⁶ La fiabilité de ces estimations est notamment limitée par l'absence de recensement à jour des GCS. Celui-ci n'est plus tenu depuis 2017, alors même que l'article 17 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 prévoyait la remise au Parlement d'un bilan annuel détaillé de ces structures. Les services de la DGOS ont indiqué à la mission qu'un nouveau bilan serait publié dans le courant de l'année 2020.

¹⁷ CAF nette = CAF brute – Remboursements en capital (Débit comptes 16 hors 169, 166 et 16449).

Rapport

Graphique 3 : Part des établissements présentant une capacité d'autofinancement négative (2005-2018)

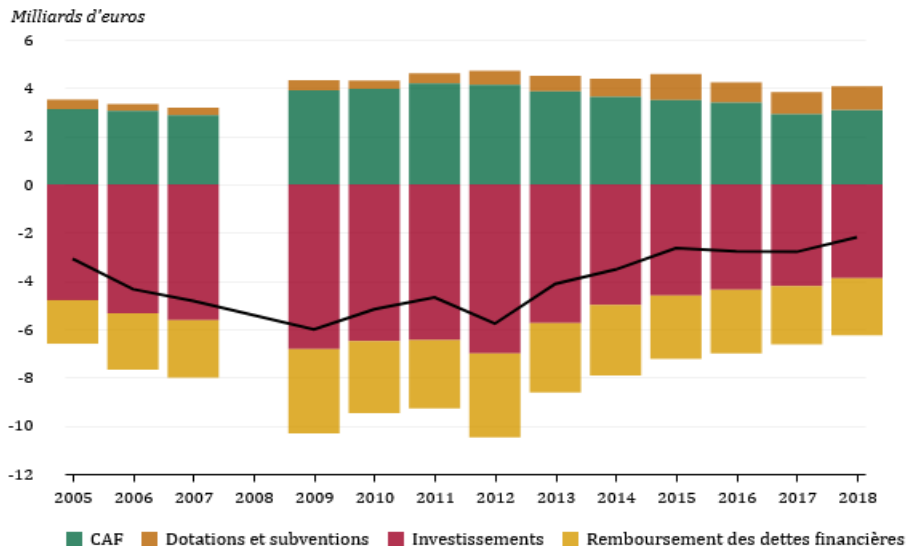


Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFiP). Nota : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, dont les données ont été exclues de l'analyse.

La dégradation de l'autofinancement s'accompagne d'un poids croissant de la dette sur les finances des EPS. Les remboursements des dettes financières¹⁸ représentent ainsi une part croissante du besoin en financement¹⁹ des EPS (cf. graphique 4) :

- ◆ leur montant est à peu près stable entre 2012 et 2016 (entre 2,8 Md€ et 2,6 Md€ par an), suivi d'une légère baisse en 2017 et 2018 (à 2,4 Md€) ;
- ◆ tandis que le montant des investissements a diminué de 45 % entre 2012 et 2018 (de 6,8 Md€ à 3,8 Md€).

Graphique 4 : Composition du besoin de financement des EPS sur la période 2005-2018



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFiP). Nota : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, exclue de l'analyse.

¹⁸ Indicateur utilisé au tableau de financement, qui se définit comme le débit des comptes 16 hors 169, 166, 1688.

¹⁹ Besoin/capacité de financement = CAF ou IAF – Remboursements des dettes financières – Immobilisations + Dotations et subventions.

En concordance avec les constats de baisse de l'autofinancement et de poids croissant de la dette, l'investissement des EPS connaît une dynamique de reflux. L'évolution de l'intensité d'investissement²⁰ au niveau agrégé suggère même une forme de sous-investissement, avec des temporalités différentes (cf. graphique 5) :

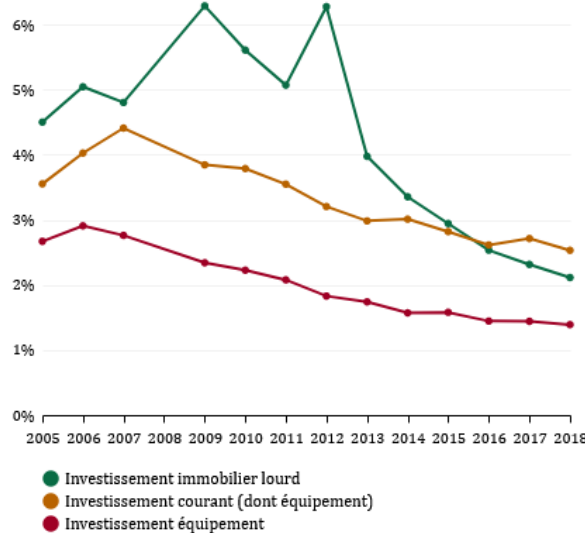
- ◆ **l'intensité de l'investissement courant est orientée à la baisse depuis 2007** et se trouve depuis 2015 inférieure au seuil de 3 % des produits, généralement considéré comme un seuil incompressible afin de permettre le renouvellement des équipements et le maintien en état des capacités de l'établissement²¹, à 2,6 % en 2018 ;
- ◆ l'intensité de l'investissement en immobilier lourd a connu un dernier pic en 2012 (6,2 %) avant de chuter à 2,1 % en 2018, ce qui s'explique principalement par l'achèvement des projets immobiliers liés au plan « *Hôpital 2012* ».

Cette baisse de l'investissement au niveau agrégé se traduit dans les taux de vétusté des équipements et des constructions²², révélateurs du besoin en investissement des EPS. Ils sont tous deux orientés à la hausse depuis 2013 (cf. graphique 5), avec un niveau plus élevé pour la vétusté des équipements, atteignant 80 % en 2018, quand, la même année, celui des constructions dépasse tout juste 50 %.

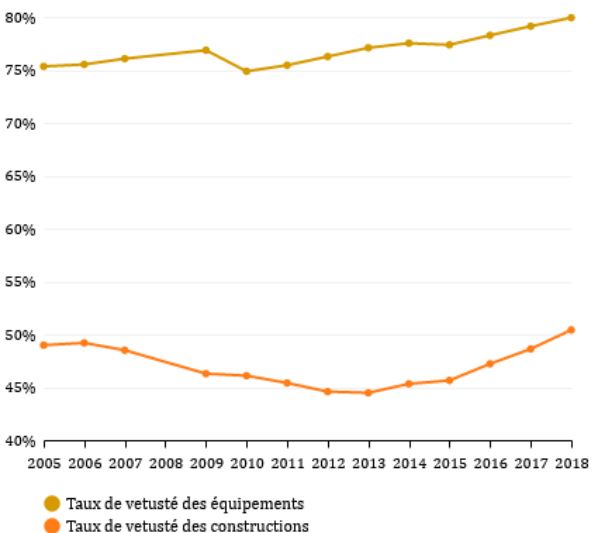
Graphique 5 : Évolution de l'intensité d'investissement des taux de vétusté (2005-2018)

Intensités d'investissement et taux de vétustés

En % des produits



Taux de vétusté



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFIP). *Nota* : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, dont les données ont été exclues de l'analyse.

²⁰ Part des produits d'une année consacrés aux investissements, pouvant être décomposée entre investissements en immobilier lourd et investissement courant (qui inclut les équipements).

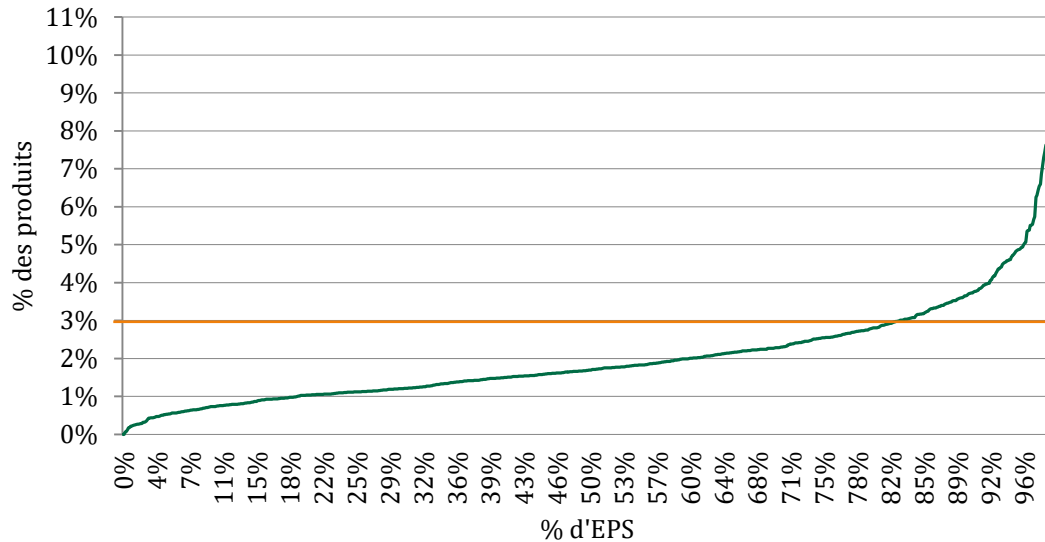
²¹ Dans son rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé (janvier 2016), M. Olivier Véran faisait observer que « le chiffre de 3 % n'est pas le résultat de calculs scientifiques, mais il fait l'objet aujourd'hui d'un consensus tacite, fondé sur une observation empirique prolongée » (p. 85). L'intensité de l'investissement rapporte l'investissement à l'ensemble des produits (hors 7087), donc à un dénominateur plus large que les produits d'exploitation (dénominateur utilisé par le rapport IGAS-IGF de mars 2013 - *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, qui avait mis en évidence ce seuil incompressible de 3 %).

²² Ces indicateurs rapportent respectivement l'amortissement des équipements à la valeur brute des équipements et l'amortissement des constructions à la valeur brute des constructions. Leur fiabilité est nuancée par la qualité variable des comptes (seuls 166 EPS sont soumis à l'obligation de certification des comptes (article D. 6145-61-7 du code de la santé publique) et les règles d'amortissement différentes d'un établissement à l'autre.

Rapport

En dépit des insuffisances constatées au niveau agrégé s'agissant de l'investissement courant, les situations sont très différenciées selon les établissements (cf. graphique 6) : **83 % des EPS consacraient moins de 3 % de leurs produits courants de fonctionnement à l'investissement courant en 2018**, mais cette part varie entre 0,0 % et 9,6 % sur l'exercice 2018.

Graphique 6 : Distribution de la part des produits courants de fonctionnement consacrés à l'investissement courant par les EPS (2018)



Source : Mission, d'après les comptes financiers 2018 (excluant 12 valeurs extrêmes sur 848 EPS). L'investissement courant est défini comme l'ensemble des dépenses d'investissement hors immobilier lourd.

Par ailleurs, **les taux de vétusté diffèrent également selon la catégorie d'établissement, en particulier s'agissant des équipements**. Les catégories des CHU-CHR et des CH de plus de 150 M€ de produits ont une moyenne de taux de vétusté de 78 % en 2018, nettement inférieure à celle des CH de taille intermédiaire. La catégorie des CH compris entre 20 et 70 M€ de produits présente ainsi les taux de vétusté les plus élevés (85 % pour les équipements) et le taux d'endettement le plus faible (30,4 %). Outre le moindre endettement, ces écarts peuvent potentiellement provenir d'une meilleure fiabilité comptable pour les grands EPS et d'un degré d'exigence plus élevé s'agissant des équipements, lié par exemple à la présence de plateaux techniques plus importants.

1.2. La recomposition de l'offre de soins selon les axes de la stratégie « *Ma santé 2022* », nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des patients, doit également contribuer à résorber les difficultés actuelles des hôpitaux

1.2.1. La transformation de l'offre de soins vise à répondre aux enjeux majeurs du secteur hospitalier public, en lien avec les autres composantes du système de santé

La transformation de l'offre de soins dans les établissements publics de santé est inscrite dans une stratégie plus large visant à répondre aux évolutions démographiques et à s'appuyer sur les progrès technologiques pour faire évoluer le système de santé autour de la notion de parcours, mieux articulé entre hôpital, ville et médico-social. L'objectif global inscrit dans « *Ma santé 2022* » est ainsi de « *passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifés à l'activité à un système davantage tourné vers le parcours du patient, la prévention, la coordination des acteurs et des secteurs (médical, médico-social), la qualité des soins et la pertinence des actes* »²³.

Cinq chantiers transverses sont identifiés dans le cadre de « *Ma santé 2022* » :

- ◆ la qualité des soins et la pertinence des actes ;
- ◆ le numérique ;
- ◆ l'évolution des modes de financement et de régulation ;
- ◆ l'organisation territoriale ;
- ◆ les ressources humaines et la formation.

L'objet des projets régionaux de santé (PRS) est d'adapter ces priorités aux spécificités régionales. Les territoires se caractérisent en effet par des différences en termes démographique (vieillesse) et socio-économique (poids de la précarité, ruralité...). Ils se différencient également par la structure historique de leur offre de soins : démographie médicale, éparpillement des établissements sur le territoire ou concentration autour d'un gros CHU, poids respectif de l'offre publique et privée, etc. Face à ces spécificités, les PRS adoptés en 2018 présentent une stratégie territoriale de santé visant à organiser le parcours du patient en surmontant les séparations entre médecine de ville, hôpital et secteur médico-social.

Concernant plus spécifiquement les établissements de santé, les PRS portent des objectifs de transformation en fonction des territoires :

- ◆ en organisant la gradation des activités en trois niveaux : les soins de proximité, les soins spécialisés et les soins ultraspecialisés nécessitant des plateaux techniques de pointe. Il s'agit en particulier de renforcer les missions hospitalières de proximité dans tous les établissements, de labelliser des hôpitaux de proximité à partir de 2020 ;
- ◆ en fixant des objectifs quantifiés d'implantations et d'équipements, par territoire de santé, qui indiquent les cibles à atteindre pour chaque discipline médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, USLD, équipements lourds, SSR, psychiatrie...). Ces schémas traduisent une stratégie régionale de recomposition portée par l'ARS : rationalisation des implantations ou développement de l'offre de soins.

Ces enjeux de transformation de l'offre concernent en particulier les établissements publics de santé pour des raisons tenant à la fois à leur place particulière dans l'offre de soins et à leur situation actuelle. Doivent en particulier être soulignés :

- ◆ des recompositions de l'offre publique qui n'ont pas été mises en œuvre au même rythme partout et qui restent à définir ou à poursuivre, en particulier dans les GHT ;

²³ Discours de la Ministre de la Santé, 13 février 2018, centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency.

Rapport

- ◆ un développement des prises en charge ambulatoires, en particulier de la chirurgie ambulatoire, qui reste inégal (objectif du « *virage ambulatoire* » de « *Ma santé 2022* ») ;
- ◆ la nécessité d'un investissement massif dans le numérique en santé ;
- ◆ une situation financière souvent dégradée, obstacle à la mise en œuvre des transformations.

En cohérence avec « *Ma santé 2022* », l'ensemble de ces transformations ne peut être mis en œuvre que sur la base d'une logique territoriale, dépassant le périmètre de l'EPS.

1.2.2. La transformation des établissements publics doit être menée à l'échelle des territoires, en particulier au sein des groupements hospitaliers de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT), au nombre de 135 fin 2019, regroupent la quasi-totalité des EPS²⁴. Deux principales missions leur sont dévolues :

- ◆ permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- ◆ assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements²⁵.

Le GHT constitue ainsi désormais l'échelon pertinent pour déterminer les transformations des établissements qui le composent en cohérence avec ces deux objectifs et en lien avec l'ensemble de l'offre de soins du territoire. Or, trois ans après le vote de la loi portant création des GHT²⁶, ces derniers apparaissent « *au milieu du gué, avec des déploiements très inégaux* », selon un bilan d'étape récent²⁷.

Ce bilan met en avant plusieurs points d'amélioration, qui sont autant d'enjeux à traiter pour faire des GHT de véritables leviers de transformation et de performance :

- ◆ des **projets médicaux partagés (PMP)** globalement de qualité mais qui ne prévoient pas toujours d'articulation avec les autres acteurs hospitaliers, le secteur médico-social ou la médecine de ville. En outre, les PMP ne programment pas d'évolution de l'offre, ou alors en termes très généraux sans préciser leurs effets sur les implantations d'activités ou les capacités ;
- ◆ une **convergence informatique** insuffisante, bien que l'ensemble des GHT ait adopté un schéma directeur des systèmes d'information conformément à la réglementation²⁸ ;
- ◆ un budget propre au GHT²⁹ qui n'est pas encore suffisamment alimenté et une **situation financière de certains établissements support trop dégradée** pour leur permettre de jouer leur rôle de moteur sur le groupement ;
- ◆ en plus du numérique, **d'autres investissements, notamment biomédicaux, voire immobiliers** peuvent aussi contribuer à la réussite des GHT, voire en être une condition.

²⁴ L'AP-HP qui, à elle seule, constituerait le plus important des GHT, ne fait partie d'aucun. 19 autres établissements, dont 1 CHU et 11 établissements publics de santé mentale ont obtenu une dérogation de l'ARS les dispensant transitoirement, dans le cadre des critères définis par la loi, d'intégrer un GHT.

²⁵ Article L. 6132-1 du code de la santé publique.

²⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

²⁷ *Bilan d'étape des GHT*, IGAS, décembre 2019.

²⁸ Ce constat vaut en particulier pour la mise en place du dossier patient unique, essentiel à la fois pour la coordination des ressources médicales et pour le suivi du patient, mais dont la mise en place est parfois prévue dans des délais très lointains, de cinq à dix ans.

²⁹ Le GHT étant dépourvu de la personnalité morale, il s'agit d'un budget annexe du budget principal de l'établissement support du GHT.

2. Le refinancement d'une part du service de la dette devrait permettre d'améliorer la situation financière et les capacités d'investissement dans un cadre contractuel promouvant la transformation de l'offre

2.1. Le versement d'une aide annuelle au refinancement d'une part des annuités en capital et en intérêts devrait permettre d'améliorer les marges financières des établissements

2.1.1. Les établissements qui s'engagent bénéficieront d'un refinancement des échéances en capital et en intérêts, retraitées des aides et de la dette EHPAD/USLD

La mesure, qualifiée de « *reprise de dette* », en reproduit les effets économiques, en soulageant financièrement les établissements bénéficiaires, à la hauteur d'une part donnée de leurs échéances. Néanmoins, la mesure n'intervient pas dans la relation contractuelle entre chaque EPS et ses créanciers, l'établissement restant responsable du remboursement de l'intégralité de sa dette. Celle-ci reste en conséquence inscrite à son bilan.

Cette contribution au refinancement du remboursement de la dette des EPS vise à couvrir une part donnée des échéances d'emprunt des établissements, en capital et en intérêts. Cette part est modulée selon la situation propre de chaque EPS (cf. 3.2), permettant d'obtenir, par établissement, un « *taux de reprise* » applicable au capital et aux intérêts associés, l'aide étant versée selon un calendrier prédéterminé, calqué sur le rythme d'amortissement de la dette de l'établissement.

La mise en œuvre de cette mesure exige de préciser son assiette, soit la définition précise de la « *dette* » éligible à la mesure, à commencer par **la date à laquelle cette dette est arrêtée, pour laquelle la mission recommande fin 2019**, solution équilibrée entre proximité dans le temps (l'alternative étant fin 2018) et limitation de l'effet d'aubaine éventuel engendré par l'annonce de la mesure, le 20 novembre 2019.

La mesure de « *reprise de dette* » aura donc pour assiette le « *service de la dette restant dû* », soit la somme des échéances en capital et en intérêt restant à verser par l'établissement, au titre de sa dette à fin 2019. À cette date, l'encours de dette des EPS est estimé à 30,2 Md€, auxquels s'ajouteraient 8,6 Md€ de frais financiers³⁰, pour une assiette de départ atteignant donc 38,8 Md€.

Toutefois, deux éléments exigent d'être pris en compte afin de retraiter la dette aujourd'hui portée par les EPS :

- ♦ l'existence d'aides à l'emprunt ;
- ♦ l'agrégation au sein de la dette des EPS d'emprunts contractés au titre d'activités ne relevant pas du champ ciblé par la mesure.

Tout d'abord, il s'agit de tenir compte des aides à l'emprunt que perçoivent aujourd'hui les EPS, au titre de la politique de soutien à l'investissement. Ces aides sont accordées au travers de plans nationaux de relance de l'investissement et d'appui national ou régional ponctuel (cf. 1.1.1). Elles sont pour beaucoup versées sur 20 ans et ont vocation à alléger le poids de l'endettement, en couvrant l'amortissement des biens financés et les frais financiers associés³¹.

³⁰ Données DGFIP/IDAHO pour l'encours de dette en capital estimé fin 2019 et extrapolation à partir des données ATIH/Bi8 à fin 2018 pour les frais financiers correspondants.

³¹ À ce titre, il est à noter que les aides accordées dans le cadre du plan « *Hôpital 2007* » devraient parvenir à leur terme à partir de 2024 et faire l'objet de « *débasages* » (déduction des dotations aux hôpitaux) en conséquence.

Rapport

Une part de la dette aujourd'hui portée par les EPS est donc en réalité déjà aidée, par le biais de subventions annuelles venant compenser partiellement le service de la dette. Ces aides ayant été accordées au cas par cas, les taux d'aide sont très hétérogènes d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre, avec une moyenne observée à 19,0 % du service de la dette restant dû à fin 2019³². Hors CHU-CHR³³, le taux d'aide agrégé par catégorie est corrélé à la taille des établissements : les CH de plus de 150 M€ de produits ont été particulièrement aidés (29,6 %) et les CH de moins de 20 M€ de produits observent le plus faible taux d'aide (5,3 %).

L'équité, et le principe d'égalité de traitement entre EPS, commandent de tenir compte de ces aides, **en déduisant du service de la dette restant dû les montants d'aides à l'emprunt restant à percevoir**. Cela réduit l'assiette de la mesure d'environ 20 % avec des effets redistributifs, en faveur des EPS les moins aidés³⁴.

Ensuite, il s'agit de cibler la mesure sur le champ sanitaire financé par l'Assurance maladie, conformément aux ambitions de la mesure. En effet, bien que celle-ci soit spécifiquement destinée aux EPS, et n'inclue pas les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la dette consolidée au sein du bilan des EPS intègre en réalité les éventuels emprunts contractés par l'établissement au titre d'un EHPAD rattaché. Il s'agit donc de retraiter l'encours de dette de tous les EPS pour déduire les montants de « *dette EHPAD* », concernant potentiellement les 82 % d'EPS ayant au moins un EHPAD adossé³⁵.

Les besoins d'investissement dans les EHPAD constituent un enjeu majeur mais leur financement relève du tarif hébergement qui est, pour les EHPAD publics, fixé par les conseils départementaux et payé par les résidents, avec le soutien des conseils départementaux pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. En outre, l'augmentation de l'effort d'investissement dans les EHPAD a vocation à être soutenu par d'autres mesures annoncées dans le plan *Investir pour l'hôpital*³⁶.

Par assimilation, l'objet et le mode de financement ternaire des EHPAD et des unités de soins de longue durée (USLD) étant très similaires, la mission propose le même traitement pour la « *dette USLD* », concernant potentiellement 49 % des EPS. Ce traitement emporte par conséquent une exclusion quasi-automatique du champ de la mesure des USLD autonomes, qui disposent du statut d'EPS et sont donc par défaut inclus dans le champ de la mesure³⁷.

Au total, ce retraitement de la dette EHPAD/USLD diminuerait l'encours de dette des EPS d'environ 10 %, avec des effets très différenciés selon la catégorie d'établissement, l'assiette de dette éligible diminuant le plus fortement pour les CH de moins de 20 M€ de produits (dont 49 % de la dette serait d'origine EHPAD/USLD) et, par construction, pour les USLD (cf. graphique 7).

Ces deux corrections – déduction des aides et de la dette EHPAD/USLD, auront pour effet **d'exclure entre 5 et 10 % des EPS**, dont 70 % de CH de moins de 20 M€ de produits et deux CHU-CHR, le reste étant constitué d'USLD ainsi que de rares établissements entre 20 M€ et 150 M€ de produits.

³² Estimation basée sur les remontées de données d'aide de dix régions, représentant au total 80 % de l'encours de dette à fin 2018 (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte-d'Azur).

³³ Si leur taux d'aide est de 16 %, l'aide est rapportée à un volume de dette nettement plus important.

³⁴ En outre, le risque juridique lié à l'interdiction de la surcompensation en droit européen (cf. 3.1) pourrait être majoré dans l'hypothèse où la mesure serait chiffrée sans considération du montant d'aides déjà attribuées.

³⁵ L'exploitation des comptes financiers 2018 des EPS fait apparaître que 82 % des EPS comportent au moins un EHPAD.

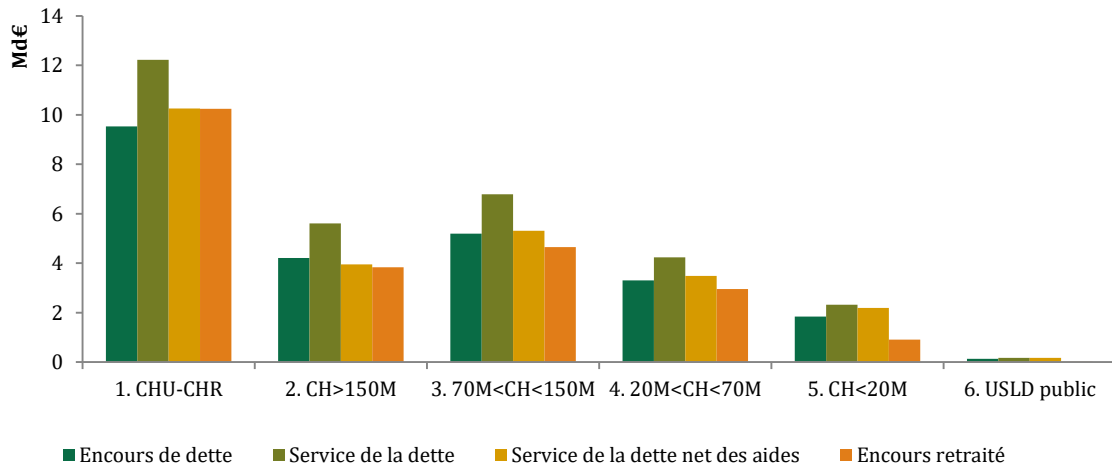
³⁶ Un « *grand plan d'investissement en faveur de la rénovation et de la transformation des établissements médicosociaux* ».

³⁷ À ce titre, 22 USLD figurent parmi les 848 EPS identifiés par la mission sur la base des comptes financiers 2018 et sur lesquels ont été basées toutes les estimations présentées dans ce rapport.

Rapport

Au global, l'encours de dette retraité devrait représenter entre 90 et 95 % de la dette brute, soit autour de 28 Md€. **Les CHU-CHR sont la seule catégorie dont l'assiette est majorée** par les retraitements successifs, notamment l'inclusion des frais financiers (+ 7 % par rapport à la dette brute), tandis que **celle des CH inférieurs à 20 M€ de produits serait divisée par deux** (cf. graphique 7).

Graphique 7 : Comparaison des différents périmètres de dette à fin 2019 par catégorie d'EPS



Source : Mission, d'après les données DGFIP, DGOS, et sur un périmètre de dix régions (655 EPS représentant 80 % de l'encours de dette total). Nota : « encours de dette retraité » désigne le montant total de service de la dette retraité des aides à l'emprunt et de la dette EHPAD/USLD.

Proposition n° 1 : Définir, pour chaque EPS, l'assiette de dette éligible à la mesure de « reprise » comme la somme des échéances en capital et en intérêts dues à fin 2019, hors emprunts souscrits au titre d'un EHPAD ou d'une USLD, de laquelle sont déduites les aides à l'emprunt restant à percevoir à partir de 2020.

2.1.2. Une mesure d'un montant total estimé à 13 Md€, financée par l'intermédiaire de la CADES, de l'Acosse et de l'Assurance maladie

Afin d'établir le schéma de financement de la mesure, il s'agit d'identifier son coût total :

- ◆ **l'enveloppe accordée par le Gouvernement représente un tiers de l'encours de dette des EPS à fin 2018³⁸, soit 10 Md€ ;**
- ◆ **celui-ci doit être complété, conformément aux annonces gouvernementales, du montant des frais financiers associés à cette part de l'encours, soit près de 3 Md€³⁹ :**
 - en effet, si le montant exact consacré aux frais financiers ne peut être connu qu'une fois la répartition effectuée entre chaque établissement (ceux-ci connaissant des conditions d'emprunt qui leur sont propres) ;
 - en agrégé, les frais financiers sont couverts par la mesure dans la même proportion que le capital, soit 33 % ou 2,8 Md€, sur un total fin 2019 estimé à 8,6 Md€⁴⁰.

³⁸ Cette proportion devant rester identique rapportée à l'encours fin 2019, d'après les données provisoires de la DGFIP : l'encours de dette brute des EPS, de 30,5 Md€ à fin 2018 aurait diminué de 1 % en 2019, à 30,2 Md€.

³⁹ Ainsi, à 13 Md€, la mesure couvrirait environ 45 % de l'assiette de dette des EPS, telle que retraitée selon les propositions exposées *supra*, qui intègre notamment les frais financiers et déduit les aides et la dette contractée au titre d'un EHPAD ou une USLD rattachée.

⁴⁰ Si cette estimation est basée sur le montant d'encours révisé à fin 2019, il s'agit *a priori* d'un majorant puisqu'elle ne tient pas compte de l'évolution des conditions de financement, favorable aux établissements.

Rapport

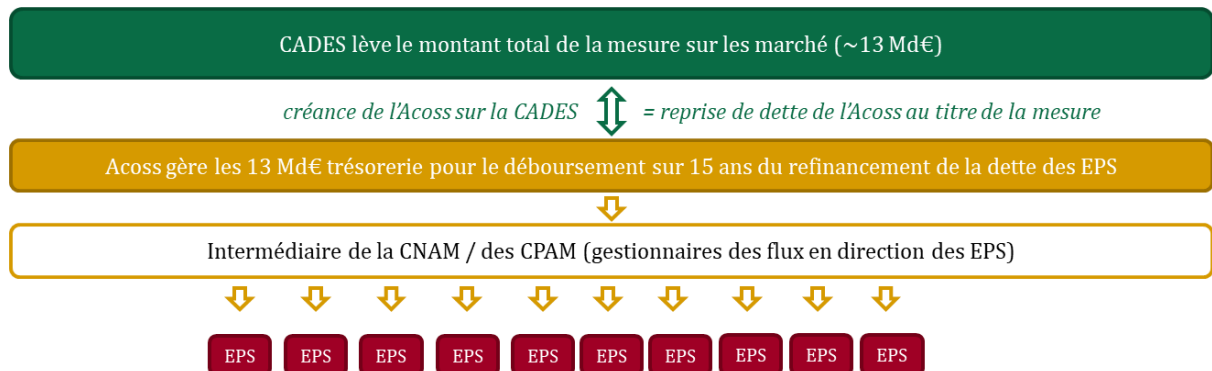
La mesure exige ensuite l'implication d'un acteur financier en capacité de porter indirectement la part de la dette des EPS refinancée. L'institution la mieux placée pour endosser ce rôle paraît être la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), déjà identifiée comme refinancier de la dette au sein des administrations de sécurité sociale⁴¹, et ne générant pas de surcoût d'emprunt par rapport à l'Agence France Trésor⁴².

Outre l'identification des ressources permettant de financer cette reprise de dette⁴³, la mobilisation de la CADES nécessiterait aussi la prolongation de sa durée de vie et l'élargissement le champ de ses missions (cf. encadré 1).

Le recours à la CADES pour financer une part des échéances de la dette des hôpitaux s'intègre au circuit de financement traditionnel des EPS, qui reçoivent leurs recettes des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), elles-mêmes refinancées, au travers de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) (cf. figure 2), impliquant :

- ◆ **un enchaînement de flux financiers :**
 - levée par la CADES, le cas échéant en plusieurs fois, de l'ensemble de l'enveloppe de la mesure et versement à l'Acos ;
 - cette dernière garde en trésorerie ce montant et génère annuellement les flux correspondant aux versements dus à chacun des EPS, tels qu'arrêtés par les ARS ;
 - ces flux transitent par la CNAM, puis par les CPAM concernées et en direction des EPS, *a priori* à la date du 20 janvier de chaque année ;
- ◆ **un alignement comptable « en cascade » :**
 - face à la créance sur l'Acos inscrite au bilan de chaque EPS (au titre des versements à venir), celle-ci détiendra une créance sur la CADES, créée par le dispositif législatif instituant le mécanisme de refinancement de la dette des EPS et donnant lieu, par la même occasion, à la reprise d'un montant de dette de l'Acos équivalent par la CADES ;
 - en revanche, l'effet sur les comptes de la CNAM et des CPAM reste nul, et peut ne pas apparaître au bilan dès lors que la mesure se limite à des flux de trésorerie.

Figure 2 : Schéma financier de la mesure de refinancement de la dette des EPS



Source : Mission.

⁴¹ La CADES a originellement été créée, par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, modifiée à diverses reprises depuis lors, dans le but d'apurer la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale.

⁴² Si l'Agence France Trésor bénéficie de taux d'intérêt plus faibles, la durée moyenne d'emprunt est moins élevée pour la CADES, expliquant un coût d'emprunt observé plus faible en 2017, 2018 et 2019 pour cette dernière.

⁴³ Comme actuellement pour le financement des déficits de la sécurité sociale, l'amortissement de cette dette serait assuré comptablement chaque année par le résultat net de la CADES dégagé par différence entre les recettes affectées à la CADES aux fins du financement de la dette et les intérêts réglés aux prêteurs.

Encadré 1 : Les implications d'une mobilisation de la CADES pour le financement de la mesure

Le recours à la CADES en tant que financeur de la mesure de couverture d'une part de la dette des EPS aurait plusieurs implications, nécessitant des amendements au cadre législatif, voire organique, sur laquelle son action repose :

- **l'évolution des missions dévolues à la CADES** : le financement d'une partie de la dette des hôpitaux constituerait pour la CADES une évolution par rapport à la mission historique de refinancement des déficits des branches de sécurité sociale ;
- **l'identification de ressources pour financer cette mesure et, a priori, l'allongement de la durée de vie de la caisse** :
 - l'amortissement de la dette sociale accumulée par la CADES est aujourd'hui principalement permis par l'affectation de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), créée à cet effet, et de 0,6 point de contribution sociale généralisée (CSG) ;
 - au 31 décembre 2019, l'horizon d'apurement total de la dette portée par la CADES (à cette date) est estimé au 2^{ème} semestre 2024 ; à cette échéance, la CADES cessera donc de percevoir les ressources qui lui sont affectées mais continuera d'assurer le service des emprunts jusqu'à leur échéance tout au long de l'année 2025 grâce à la trésorerie accumulée, l'extinction de la caisse étant prévue pour fin 2025 ;
 - il s'agirait donc de prolonger la durée de vie de la CADES, en reconduisant également l'affectation de ses ressources historiques (CRDS et CSG), soit en totalité (9 mois de ressource affectée seraient alors nécessaires pour parvenir à 13 Md€), soit partiellement (1 an et 6 mois de CRDS ou encore 1 an et 4 mois de la part de CSG aujourd'hui affectée à la caisse).

Si l'évolution des missions de la CADES n'implique qu'une **disposition législative ordinaire** (amendement de l'article 4 de l'ordonnance de 1996), l'affectation de ressources nouvelles (article 6) serait inscrite en **loi de financement de la sécurité sociale** (dont relèvent les comptes de la CADES) et l'allongement de sa durée de vie (article 4 bis) relève du domaine de la **loi organique**.

Source : Mission, d'après l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et les données transmises par la CADES.

2.1.3. Des versements suivant l'échéancier d'amortissement de la dette de chaque EPS, préférablement sur 15 ans

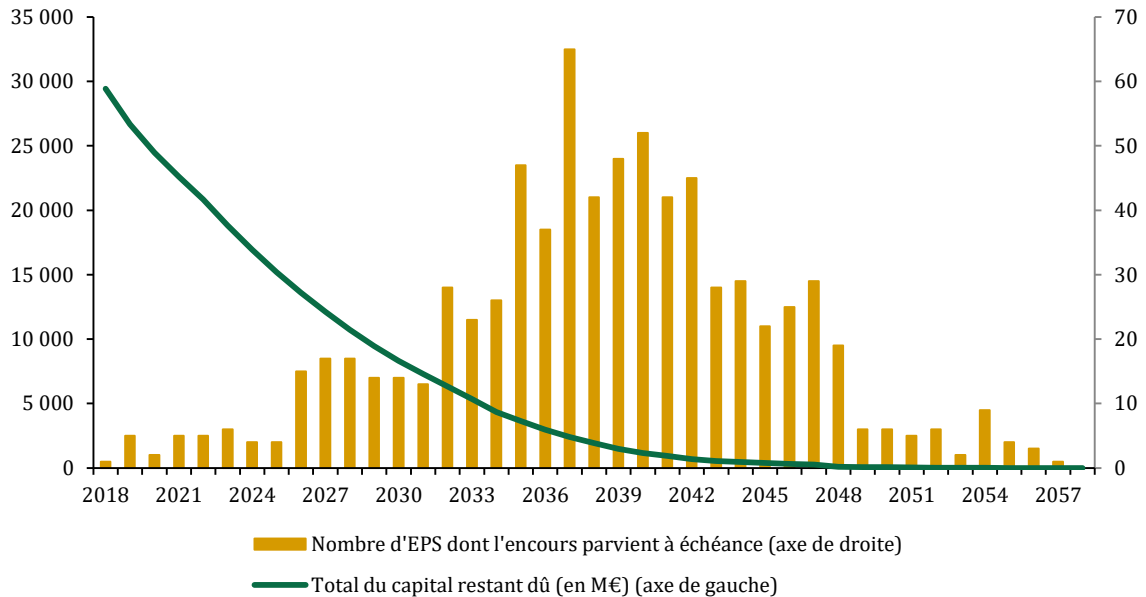
L'aide annuelle versée aux établissements devrait suivre l'échéancier d'amortissement de la dette propre à chaque EPS. Si le refinancement de la dette des EPS s'effectue par le versement d'une aide annuelle – plus aisément identifiable et, si elle est versée en début d'année⁴⁴, adaptée à tous les calendriers d'annuités – il paraît souhaitable de programmer le calendrier de versement selon le rythme propre d'amortissement de la dette de chaque établissement.

Cette option impose certes de connaître l'échelonnement des versements en capital et en intérêts jusqu'à extinction de la dette, mais elle permet d'accompagner chaque établissement au rythme de ses besoins, l'aide évoluant en même temps que les annuités (soit des versements plus importants les premières années) et qu'elle soit affectée chaque année au remboursement de la dette, dont elle ne constitue qu'une part.

⁴⁴ Par exemple, le 20 janvier de chaque année (les caisses primaires d'assurance maladie effectuent leurs paiements le 20 de chaque mois).

Il semble néanmoins préférable d'imposer une limite à la durée de versement de l'aide. En effet, si la durée résiduelle moyenne de l'encours de dette des EPS à fin 2018 est de 16,2 années, la maturité des emprunts est très variable selon les établissements (cf. graphique 8), avec un horizon maximum observé à 2058 (soit, avec démarrage en 2020, 38 ans de versement). Afin d'éviter les surcoûts de gestion de chaque année résiduelle et la perte d'effet de la mesure au fil du temps, la mission recommande, pour les établissements n'ayant pas achevé de rembourser leur dette à cette date, le versement de leur solde d'aide après 15 ans, soit en 2035⁴⁵.

Graphique 8 : Rythme d'extinction de l'encours de dette constaté au 31 décembre 2018



Source : Mission, d'après les données ATIH sur l'encours au 31 décembre 2018 (périmètre de 771 EPS dont la durée de vie résiduelle était renseignée dans la collecte ODT au 10 février 2020).

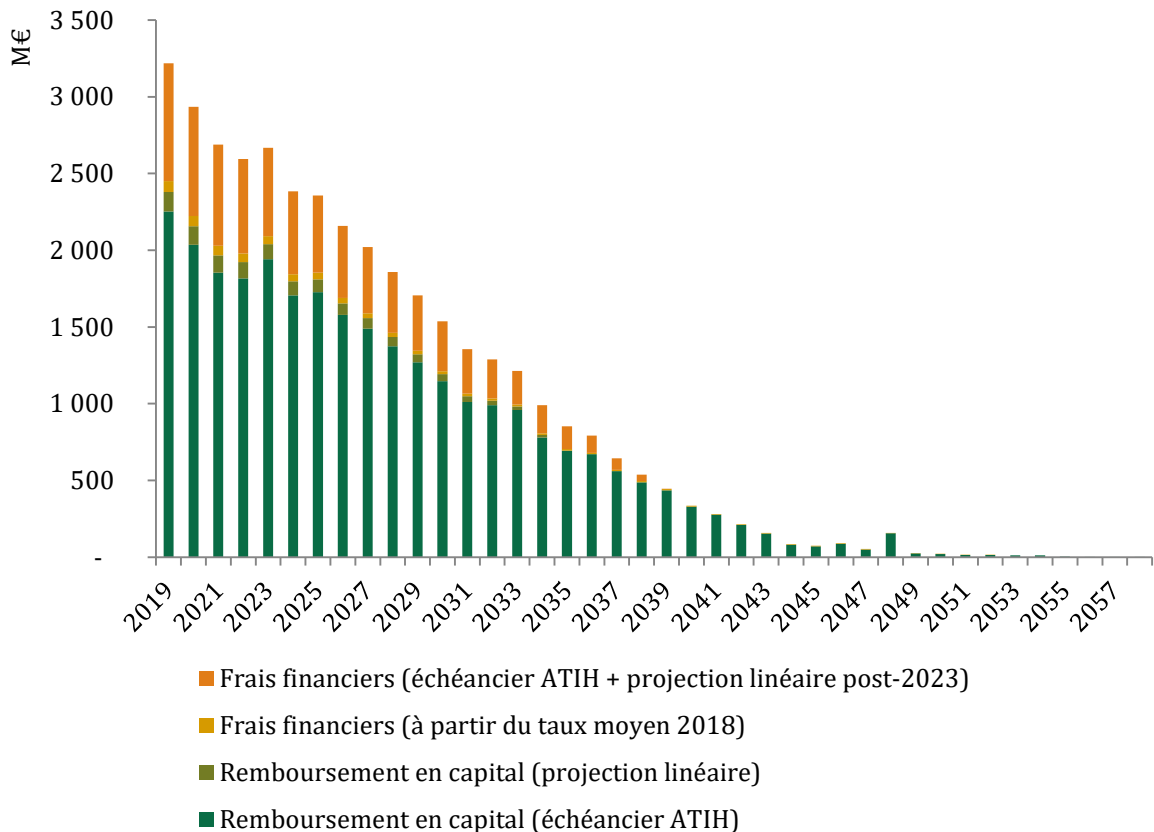
À cette date, en faisant l'hypothèse que le rythme d'amortissement de la dette à fin 2019 est comparable à celui rapporté fin 2018 (cf. graphique 9)⁴⁶ et qu'il n'est pas affecté par les retraitements de l'assiette proposés :

- ◆ l'équivalent de 85 % de l'enveloppe de la mesure aura été déboursé, équivalant à la part du service de la dette restant dû dont les EPS auront achevé de s'acquitter ;
- ◆ mais **un peu plus de 80 % des EPS auront encore des échéances** au titre de la dette « reprise » à payer en 2035 ;
- ◆ pour ces derniers, **le montant agrégé du solde à verser atteindrait donc 15 % du montant global de l'aide**, soit un peu moins de la somme des versements correspondant aux deux premières années de la mesure.

⁴⁵ 2034 constituant la 15^{ème} année d'une mesure dont l'année 1 serait l'année 2020.

⁴⁶ Source : base ODT de l'ATIH, retraitée par la mission.

Graphique 9 : Échéancier agrégé des annuités en capital et en intérêts pour l'encours de dette au 31 décembre 2018 de 825 EPS



Source : Calculs mission, d'après données ATIH sur un périmètre de 825 EPS (soit 96 % du capital restant dû des 848 EPS répertoriés dans les comptes financiers 2018 remontés par la DGFIP).

Proposition n° 2 : Définir, pour chaque EPS, un échéancier de versement sur 15 ans de l'aide, qui reproduise le rythme d'amortissement de ses emprunts éligibles à la reprise à fin 2019. Si la dette n'est pas éteinte après 2034, l'année 2035 verra le versement en une fois du solde de l'aide restant due au titre de la mesure. Réserver la possibilité de définir un échéancier simplifié (dont le montant annuel serait la division du montant total par les 15 années de versement) à l'hypothèse où le travail d'individualisation de l'échéancier par les ARS ne serait pas possible dans les délais.

2.1.4. Un effet sur le bilan, le tableau de financement et le résultat d'exploitation des hôpitaux, d'autant plus visible que l'engagement est inconditionnel

D'un point de vue comptable, la prise en compte de l'intégralité de la mesure dans les comptes des EPS dès la signature du contrat est envisageable, en dissociant la comptabilisation de l'aide venant couvrir les échéances en capital et celle couvrant les intérêts :

- ◆ l'aide au remboursement des annuités en capital serait enregistrée en fonds propres, en contrepartie d'une immobilisation financière prenant la forme d'une créance sur l'Acoss, celle-ci étant apurée au fil des versements effectifs ;
- ◆ les flux de trésorerie destinés à couvrir les intérêts d'emprunt ont, eux, vocation à apparaître sur le compte d'exploitation, et pourraient aussi être comptabilisés dès l'engagement grâce à la technique des produits constatés d'avance, également visibles au bilan.

Rapport

Néanmoins, la temporalité de l'inscription de la mesure dans les comptes des EPS doit être décidée en cohérence avec les objectifs poursuivis. En effet, la comptabilisation d'une aide pouvant selon les cas représenter une recette majeure de l'EPS pour 15 ans est susceptible d'emporter d'importants effets sur le profil de risque des EPS :

- ◆ quand l'objectif est l'octroi d'une marge de manœuvre, notamment pour financer de nouveaux investissements, l'effet recherché sera celui d'un effet immédiat de l'intégralité de la mesure sur les comptes des hôpitaux ;
- ◆ pour encourager l'assainissement financier des établissements, en allégeant la charge de la dette sans encourager au ré-endettement, la priorité sera plutôt l'effet annuel sur le résultat et le tableau de financement.

Cette dualité est à garder à l'esprit lors de l'étude des différentes modalités de conditionnalité envisageables pour garantir la mise en œuvre des engagements, certaines ayant des effets sur la capacité des établissements à comptabiliser d'emblée l'intégralité de la mesure, qui ne peut se faire qu'à condition de ne pas rendre les versements conditionnels (cf. 3.3.2.1).

L'aide pourra être visible sur les différents tableaux de suivi des comptes des hôpitaux, quelle que soit l'option de comptabilisation, immédiate ou au fil des versements, retenue (cf. tableau 1) :

- ◆ l'aide au remboursement des intérêts permet une **amélioration du résultat** annuel ;
- ◆ au tableau de financement, l'effet de l'amélioration du résultat est visible sur la **capacité d'autofinancement (CAF)** et le **fonds de roulement augmente** de la somme de l'aide annuelle au remboursement du capital et des frais financiers ;
- ◆ au bilan, **les capitaux propres augmentent** de l'effet de la mesure (du montant du versement annuel ou de l'intégralité de l'aide selon l'option retenue) et, chaque année, de la part d'aide consacrée au remboursement des frais financiers ; **l'effet sur le fonds de roulement net global (FRNG) comme sur la trésorerie est positif**, à hauteur des variations annuelles positives cumulées du fonds de roulement dues à l'aide.

Tableau 1 : Synthèse des effets de la mesure sur les soldes financiers des EPS

Solde	Produits	Résultat	CAF	Variation du FDR	Capitaux permanents	FRNG	Trésorerie
Effet de la mesure	+	+	+	++	++	++	++
Effet + important si inscription en une fois	Non	Non	Non	Non	Oui (écart s'amenuisant avec le temps)	Non	Non

Source : Mission.

Rapprochés des ratios financiers les plus courants, ces variations devraient en elles-mêmes rendre plus favorable le profil de risque des établissements :

- ◆ une légère amélioration du levier financier, de la capacité de désendettement, du taux d'endettement, ainsi que des taux de couverture du service de la dette ou des intérêts ;
- ◆ une baisse du taux de dépendance financière, avec un effet nettement plus sensible dans le cas d'une comptabilisation en une fois.

Sans retraitement de la dette, qui pourrait se faire par convention, les effets sur l'analyse de l'endettement restent néanmoins limités. La mesure ne se traduisant pas par une diminution des dettes ni du service de la dette dans les comptes des EPS, les effets sur les ratios financiers, dont ils sont des éléments systématiques, sont plus limités que si la dette était « *retraitée* » de l'effet de la mesure. Un tel retraitement de la dette et du service de la dette, par déduction de la part financée par la mesure, reste néanmoins possible par convention, les établissements financeurs étant en mesure d'adopter une telle approche économique de la mesure (allègement de la dette), même sans retraitement comptable formel.

2.1.5. Un calendrier de financement à adapter au contexte de crise actuel

Du point de vue du calendrier de mise en œuvre de la mesure, plusieurs implications d'ordre juridique et pratique découlent du schéma retenu :

- ◆ **en préalable, doivent avoir été adoptés les vecteurs juridiques** autorisant l'intervention de la CADES pour le refinancement de la dette des EPS et prévoyant la reprise de la dette de l'Acoss à cet effet ; cette étape est nécessaire à la fois pour générer les écritures comptables, notamment l'allègement du bilan des EPS, et permettre la mobilisation de la CADES ;
- ◆ **la CADES doit alors être en mesure de procéder à la levée des fonds** permettant de financer la mesure, dans le délai courant entre l'adoption du vecteur instaurant le dispositif et :
 - principalement, la date à laquelle est prévu le transfert de trésorerie à l'Acoss⁴⁷ ;
 - de manière secondaire, la réalisation des premiers versements, celle-ci n'exigeant que la levée des fonds correspondants (soit environ 10 % du montant total de la mesure au titre de 2020 et 15 à 20 % au titre cumulé de 2020 et 2021) et pouvant éventuellement être préfinancée par l'Acoss, sous réserve de sa propre trésorerie.

La mise en œuvre de la mesure doit tenir compte du changement de contexte économique lié la crise du coronavirus, ce qui amène à recommander :

- ◆ d'une part, de prévoir une levée des fonds par la CADES initialement concentrée sur les premiers versements (dont la somme pour 2020 et 2021 est estimée entre 2 Md€ et 2,5 Md€) ;
- ◆ d'autre part, d'envisager le versement aux EPS d'un « *acompte* » sur ces premiers versements dès l'automne, si besoin préfinancé par l'Acoss, et dont le montant, suivant les scénarios recommandés par la mission⁴⁸, devrait se situer autour de 350 M€ (cf. encadré 2).

⁴⁷ Un enjeu étant d'éviter que n'apparaisse au bilan de la CADES une « *double dette* » cumulant dette non financière vis-à-vis de l'Acoss (qui n'est apurée que par le versement de la trésorerie correspondante à l'Acoss) et émissions obligataires réalisées au titre de la mesure.

⁴⁸ Soit un montant socle relevant du scénario « *intermédiaire* », à 20 % de l'enveloppe (cf. 3.2.1.1) et un versement cumulant les sommes dues au titre des années 2020 et 2021.

Encadré 2 : Entamer le financement de la mesure dans le contexte de la crise liée au Covid-19

Le plan de ressources et le programme d'émissions de la CADES, mais aussi la trésorerie des EPS, tout comme celle de l'Acoss, risquent d'être fortement perturbés par la crise en cours. En conséquence, les adaptations suivantes peuvent être prévues :

▪ **sur le plan financier, du point de vue la CADES :**

- au-delà de la perturbation des marchés financiers engendrée par la crise, le **programme de financement de la CADES** risque d'être affecté par un manque ou un retard dans la perception des ressources affectées, avec un possible effet sur la capacité à lever immédiatement les fonds supplémentaires nécessaires à la mesure ;
- dans ce cadre, il paraîtrait envisageable de ne programmer dans un temps que la levée des fonds correspondant au premier versement – le montant total dû aux EPS pour les années 2020 et 2021 étant estimé à 2,1 Md€, à confirmer après la répartition entre EPS, à verser au plus tard au début de l'année 2021 – et différer la levée des montants restants dus ;

▪ **sur le plan financier, du point de vue des EPS :**

- afin de cibler l'intervention de la mesure sur une période de tension forte sur la trésorerie des EPS, pourrait être envisagé le **versement d'un « acompte » anticipé correspondant uniquement au socle pré-fléché pour 2020 et 2021, dès l'automne 2020** ; celui-ci, calculé sur la base de données provisoires en attendant la fiabilisation de l'encours et de l'échéancier de chaque EPS, serait réservé aux établissements s'engageant à contractualiser (cf. *infra*), et il serait complété du différentiel avec le montant total après la signature effective des contrats ;
- dans ce cas, et notamment en l'absence de vecteurs juridiques permettant l'intervention anticipée de la CADES, l'Acoss pourrait, sous réserve de la disponibilité de sa trésorerie, préfinancer ce versement (entre 200 M€ et 1 Md€ en fonction du scénario retenu pour le calcul du socle, 350 M€ selon le scénario central de la mission d'un socle de 20 % du total) ;

▪ **sur le plan comptable :**

- si un versement anticipé était à prévoir, il n'aurait pas nécessairement pour corollaire une anticipation de l'inscription immédiate au bilan des EPS de l'intégralité de la mesure (seul le versement effectué apparaîtra alors dans les comptes) ; cette **inscription au bilan interviendrait une fois le cadre juridique de la mesure en vigueur et le contrat d'engagements signé**.

Source : Mission.

Proposition n° 3 : Dans le contexte de crise liée au Covid-19, tenir compte des conditions de marché pour déterminer la date et le montant de la première tranche de versement de trésorerie à l'Acoss par la CADES au titre de la mesure, devant correspondre *a minima* aux versements au titre des années 2020 et 2021 (borne haute à 2,5 Md€). Envisager, en fonction de la trésorerie de l'Acoss, le versement d'un « acompte » aux EPS dès l'automne 2020 (350 M€ selon le scénario central de la mission).

2.2. La dimension contractuelle de la mesure doit engager les EPS dans une véritable démarche de transformation, en organisation comme en qualité, à l'échelle des GHT et en lien avec les autres acteurs de santé

2.2.1. Les trois objectifs de la mesure devront être articulés dans les contrats

Par son montant, la mesure constitue un levier unique pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé conformément aux trois objectifs formulés par le Gouvernement : investissement dans la transformation, efficacité de gestion et amélioration de l'organisation et de la qualité des soins au sein de l'établissement et sur son territoire.

Dès lors, l'engagement financier de la tutelle devra être d'autant plus élevé que les actions convenues avec l'établissement seront ambitieuses et qu'elles couvriront de manière articulée les trois objectifs stratégiques. Cette gradation dans les engagements financiers en cohérence avec le degré d'ambition des actions contribue à garantir un traitement équitable des situations individuelles des établissements sur le territoire.

Proposition n° 4 : Prévoir dans chacun des contrats de « reprise de dette » des actions répondant à au moins un des objectifs majeurs de la mesure. Prévoir une gradation des engagements financiers selon l'ambition des actions inscrites au contrat.

2.2.2. La mesure doit permettre d'accélérer les transformations de l'offre de soins en cohérence avec les projets régionaux de santé

Les actions de transformation inscrites au contrat seront nourries par une analyse territoriale de l'activité de l'EPS replacée dans son environnement : en particulier, zones d'attractivité et de recrutement, taux de fuite, positionnement au sein du GHT, mais aussi liens avec les autres établissements de santé du territoire, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Sur la base de cette analyse, un premier axe de transformation pourra concerner la recomposition de l'offre publique en cohérence avec les objectifs de prise en charge des parcours des patients fixés par les PRS. Selon les territoires, il peut s'agir de développer les filières de soins, revoir la répartition des activités entre établissements d'un GHT, fusionner des services, adapter les capacités des établissements, développer la filière aval (SSR), regrouper des plateaux techniques pour garantir la qualité des actes, ou encore aménager la répartition des activités entre les établissements au titre de la gradation des soins.

Second axe, la mutualisation entre établissements, en particulier au sein des GHT, permettra de mieux coordonner les activités autour du parcours du patient et d'améliorer la gestion par :

- ◆ la mutualisation des ressources médicales ;
- ◆ la mutualisation des systèmes d'information (SI), obligatoire à l'échelle du GHT ;
- ◆ l'accompagnement des projets de direction commune, voire des fusions ;
- ◆ la gestion des capacités en lits par discipline au niveau du GHT
- ◆ des transferts d'activités éventuels entre établissements

En troisième lieu, l'investissement sera parfois nécessaire pour accompagner les transformations dans les GHT et les établissements. S'il s'agira parfois de compenser des situations de sous-investissement, notamment dans l'équipement courant, dues au surendettement, une attention particulière devra être portée au type de dépenses engagées afin de s'assurer que la mesure de refinancement de la dette ne contribue pas à recréer des situations de surinvestissement et/ou de surendettement. Dès lors, les engagements figurant au contrat de « reprise de dette » au titre de l'investissement structurant devront respecter les principes suivants :

- ◆ l'investissement dans les SI est prioritaire afin d'accélérer la mise en œuvre de la feuille de route stratégique nationale du numérique en santé (en particulier, accélération de la convergence informatique et de la mise en place du dossier patient par GHT) ;

Rapport

- ◆ **l'investissement immobilier doit accompagner un projet de transformation de l'offre** ou répondre à une priorité stratégique de « *Ma Santé 2022* ». Il est proposé également l'application des critères du COPERMO, sur le juste dimensionnement et le retour sur investissement et l'utilisation des référentiels de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en matière de développement durable. La mise en place d'une d'un programme pluriannuel d'investissement appuyé sur un schéma directeur immobilier au niveau du GHT pourrait aussi être une condition à l'éligibilité du projet.

2.2.3. L'objectif d'assainissement financier est indispensable pour accompagner les transformations

Le désendettement doit être en lui-même parfois un objectif, en particulier pour les établissements en situation de surendettement au regard des ratios réglementaires. Cela pourra se traduire par le respect d'un taux d'endettement maximum ou d'une trajectoire d'endettement.

L'amélioration des résultats financiers, toutes choses égales par ailleurs, pourra être un objectif notamment pour les établissements en situation financière dégradée. L'indicateur choisi pourra être la marge brute non aidée ou la CAF nette. Le contrat pourra également comporter des objectifs de stabilisation / réduction de la masse salariale ou respect d'un ratio masse salariale / produits.

Au-delà, **plusieurs objectifs de nature financière pourront figurer en fonction des situations des établissements :**

- ◆ remboursement anticipé d'un emprunt toxique ;
- ◆ présentation d'une trajectoire d'apurement des dettes sociales et fiscales ;
- ◆ réduction des délais de règlement des fournisseurs ;
- ◆ certification des comptes / levée des réserves éventuelles des commissaires aux comptes.

2.2.4. L'objectif relatif à l'investissement courant permettra de mettre l'accent sur le service aux patients et la qualité de de vie au travail

L'objectif de relance de l'investissement courant à travers la « *reprise de dette* », et en complément de la mesure dédiée du plan *Investir pour l'hôpital*⁴⁹, cible principalement une plus grande qualité de vie au travail, à l'instar des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail. Les priorités ciblées sont les investissements en matériels (renouvellements notamment), y compris petits matériels⁵⁰ indispensables aux équipes et à la qualité du service rendu, et les aménagements susceptibles d'améliorer le travail au quotidien.

Au-delà, la mesure peut permettre d'agir sur certains **leviers relatifs aux ressources humaines** : formation, traitement des problématiques de logement dans certaines situations spécifiques (région parisienne, notamment AP-HP), accompagnement d'un plan stratégique d'attractivité RH. En dehors de ces actions, il est important que la mesure de refinancement de la dette, ponctuelle par nature, ne soit pas utilisée pour des créations de postes, dont le financement, quand il est justifié, doit être pérenne et relève donc d'autres logiques.

⁴⁹ Mesure 13 du plan *Investir pour l'Hôpital* annoncé le 20 novembre 2019 : relancer l'investissement courant par une dotation de 150 M€ sur 3 ans.

⁵⁰ Les petits matériels sont des dépenses d'exploitation, mais dans le cadre de la consolidation d'une dotation, elles ne sont pas nécessairement pérennes.

Rapport

Proposition n° 5 : Utiliser la mesure de refinancement de la dette comme levier pour accélérer la mise en œuvre des projets régionaux de santé au travers des engagements inscrits au contrat ARS-EPS selon les axes suivants : (i) mutualisations et recompositions au sein des GHT, le cas échéant par une révision des projets médicaux partagés et investissement dans le numérique en santé ; (ii) amélioration de la situation financière, désendettement, professionnalisation de la gestion et respect de la réglementation ; (iii) investissement courant et qualité de vie au travail, hors créations d'emplois.

3. Les contrats déclineront, pour chaque établissement, la répartition de la mesure et les engagements des parties, en cohérence avec un cadrage national

3.1. La mise en œuvre de la mesure devra tenir compte des règles européennes relatives à l'encadrement des aides d'État et respecter le principe constitutionnel d'égalité

3.1.1. La compensation d'une partie du service de la dette constitue une aide d'État qui peut néanmoins être conforme au marché intérieur européen

3.1.1.1. La mesure de compensation d'une partie du service de la dette des établissements publics de santé présente toutes les caractéristiques d'une aide d'État

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)⁵¹, reprise par la Commission européenne, considère qu'une mesure constitue une aide d'État si les quatre conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- ◆ elle doit conférer un avantage économique sélectif à une entreprise ;
- ◆ elle doit être financée au moyen de ressources d'État ;
- ◆ elle doit fausser ou menacer de fausser la concurrence ;
- ◆ elle doit être de nature à affecter les échanges entre États membres.

En l'espèce, la mesure de compensation d'une partie du service de la dette des établissements publics de santé réunit ces quatre conditions : **il s'agit donc d'une aide d'État, l'enjeu étant de s'assurer de sa compatibilité avec l'encadrement qui la régit.**

3.1.1.2. Le régime juridique applicable aux établissements de santé publics, déterminé par la décision « service d'intérêt économique général (SIEG) » de 2012, offre cependant un cadre assoupli avec lequel la mesure paraît compatible

Les hôpitaux sont certes en droit communautaire des entreprises et, à ce titre, soumis aux règles régissant le marché intérieur et, en particulier, à celles relatives à la compatibilité des aides d'État avec le marché intérieur. Toutefois, **ils ne sont pas des entreprises ordinaires, mais des entreprises chargées de la gestion d'un service d'intérêt économique général (SIEG)**, comme l'a indiqué par la Commission européenne dans sa décision SIEG de 2012⁵². À ce titre, ils bénéficient d'un traitement particulier au regard des règles régissant le marché intérieur prévues par les traités.

⁵¹ Arrêt de la CJUE du 10 janvier 2006, affaire C-222/04, « *Ministero dell'Economia e delle Finanze/Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato, Cassa di Risparmio di San Miniato* », ECLI:EU:C:2006:8, point 129.

⁵² Décision du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106§2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, dite « *décision SIEG 2012* », faisant suite à la décision 2005/842/CE de la Commission du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général.

Rapport

La décision SIEG de 2012, prise en application de l'article 106§2 du TFUE, dont le champ d'application comprend explicitement les établissements de santé⁵³, énonce les conditions auxquelles une aide d'État sous forme de compensation pour un SIEG n'est pas soumise à l'obligation de notification préalable. **Dès lors qu'elle respecte les trois critères prévus par la décision, l'aide d'État est considérée comme compatible avec le marché intérieur**, en ce qu'elle constitue une compensation de service public.

3.1.1.2.1. Premièrement, la gestion du SIEG doit être confiée à l'entreprise concernée au moyen d'un ou plusieurs actes, dont la forme peut être déterminée par chaque État membre

Cet acte, dénommé « mandat » en droit communautaire, pourrait correspondre au contrat signé par l'ARS et l'EPS. Comme devra le rappeler le cadrage national définissant précisément le contenu de ce contrat, celui-ci devra obligatoirement être public et rappeler ou préciser :

- ◆ la nature et la durée des obligations de service public, c'est-à-dire le périmètre exact du SIEG, soit les missions que doit exercer l'établissement en sus des missions générales énoncées au code de la santé publique et des obligations liées au service public hospitalier ;
 - sur ce point, un renvoi aux arrêtés d'autorisation pourrait suffire, sauf pour les activités non soumises à autorisation⁵⁴ ;
 - les engagements pris par chaque EPS dans le cadre de la mesure qui peuvent, pour certains, être assimilés à l'assignation par la puissance publique de nouvelles charges de service public (par exemple, la réalisation d'un investissement commun au GHT, ou la reprise de l'investissement courant) figureront au contrat ;
- ◆ la nature de tout droit exclusif ou spécial octroyé à l'établissement par l'autorité octroyant l'aide ;
- ◆ les missions (et donc produits et charges correspondants) hors périmètre du SIEG ;
- ◆ la description du mécanisme général de compensation ;
- ◆ le principe de non-surcompensation (cf. *infra*) et la description du mécanisme de contrôle de la non surcompensation ;
- ◆ une référence à la décision SIEG de 2012.

Afin de faciliter le travail des ARS, il est proposé qu'un modèle type de contrat contenant en particulier les dispositions 3 à 6, identiques pour tous les EPS, soit élaboré.

Proposition n° 6 : Préparer des contrats-types à annexer à l'instruction de cadrage aux ARS pour la mise en œuvre de la mesure.

⁵³ Encadrement communautaire des aides d'État sous forme de compensations de service public (JO C 297 du 29.11.2005). Les établissements de santé bénéficient donc explicitement d'un régime plus souple que les opérateurs de SIEG de réseau par exemple, pour lesquels les aides d'État relèvent de la procédure dite d'encadrement.

⁵⁴ Dans l'hypothèse où ce contrat n'est pas un avenant au CPOM (cf. 3.3.1.2). Dans le cas inverse, ces éléments devront être isolés dans le contrat de façon à pouvoir être rendus publics, conformément à la décision SIEG.

Rapport

3.1.1.2.2. *Ensuite, le montant de la compensation versée pour la prestation du SIEG ne doit pas excéder ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts nets occasionnés par l'exécution des obligations de service public, y compris un bénéfice raisonnable*

Il ne sera pas possible de calculer la compensation que constitue en tant que telle la « reprise » partielle de la dette des EPS, puisque ce calcul doit être réalisé à l'échelle d'un exercice. **Le risque de surcompensation devra donc être évalué pour chaque exercice à venir jusqu'à la fin de l'aide**, en mettant en rapport, suivant les lignes directrices de la décision SIEG de 2012 :

- ◆ les charges du SIEG, sans considération de bonne gestion⁵⁵, soit tous les coûts occasionnés par la gestion du SIEG (y compris les investissements, par défaut considérés comme nécessaires au fonctionnement de l'EPS), et seulement par lui ; sont exclus les coûts des activités ne relevant pas du SIEG et la part des coûts communs affectée au prorata de ces activités ;
- ◆ la totalité des recettes tirées du SIEG, y compris l'ensemble des aides publiques versées en compensation des obligations de service public, soit la somme des ressources issues du système de financement courant de l'établissement par l'Assurance maladie (tarifs, dotations MIGAC...), des autres ressources (mutuelles, patients...), des aides préexistantes, et *in fine* du flux financier correspondant à la mesure de compensation du service de dette.

Le risque de surcompensation paraît faible :

- ◆ sur le plan des charges, le contrat ARS-EPS comprendra des engagements portant sur la transformation de l'offre, qui pourraient donner lieu à de nouvelles charges de SIEG (cf. *supra*) ;
- ◆ sur le plan des ressources, la réduction de l'assiette de la mesure pour les établissements déjà aidés (cf. 2.1.1), diminue le risque de double compensation ;
- ◆ pour 98 % des établissements, les produits des activités hors SIEG représentent selon les calculs de la mission moins de 10 % du total des produits, la moyenne s'établissant à 4 % (cf. encadré 3) ; même si ces activités étaient bénéficiaires, pour la très grande majorité des établissements, il faudrait, pour que la mesure entraîne surcompensation, que l'excédent d'exploitation soit supérieur à ce qui pourrait être qualifié de « *bénéfice raisonnable* »⁵⁶ ; au 31 décembre 2018, 97 % des EPS avaient un résultat net comptable inférieur à 4 %, et 60 % affichaient un déficit d'exploitation ;
- ◆ **pour les établissements en difficulté financière chronique, notamment à la suite de plans d'investissements encouragés par l'État mais principalement financés par l'endettement, la mesure peut aussi se justifier comme la correction d'une sous-compensation passée**⁵⁷ ;

⁵⁵ En effet, contrairement aux SIEG ne relevant pas de la décision de 2012, auxquels la jurisprudence de la CJUE « *Altmark* » (arrêt de la Cour du 24 juillet 2003, affaire C-280/00, « *Altmark Trans GmbH et Regierungspräsidium Magdeburg contre Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH* ») s'applique, aucune exigence de performance de gestion n'est prévue : autrement dit, dès lors qu'elle entre dans le périmètre du SIEG relevant de la décision de 2012, toute charge est compensable, quand bien même son montant ne correspondrait pas à un standard de bonne gestion.

⁵⁶ La notion de bénéfice raisonnable ne fait pas l'objet d'une définition précise par la Commission, ni par la jurisprudence de la CJUE. La Commission en renvoie la responsabilité de cette définition à chaque État membre et même plus précisément à l'autorité publique mandataire.

⁵⁷ En cas de sous-compensation, il appartient aux États membres de décider des modalités d'une correction possible du montant de la compensation, pour autant que cette correction ne donne pas lieu à une surcompensation.

Rapport

- ◆ **enfin, il peut être envisagé de définir un « *taux plafond* » de reprise par établissement, garantissant que la dette ne puisse être couverte qu'à la hauteur de la part des produits SIEG dans l'activité de l'EPS**, signifiant que la compensation ainsi apportée ne pourrait répondre qu'à un endettement généré par le SIEG, en faisant l'hypothèse conservatrice que la dette est contractée en proportion des différentes activités. Ce « *taux plafond* » pourrait être identifié sur la base des comptes financiers des établissements, en utilisant une moyenne sur les trois dernières années disponibles (cf. encadré 3).

Proposition n° 7 : Assurer que le taux de reprise accordé à chaque EPS soit inférieur à la part de ses produits attribuables au SIEG en moyenne sur 2016 à 2018, en définissant pour chacun d'eux un « *taux de reprise plafond* » sur cette base.

Encadré 3 : Définition comptable du champ des activités SIEG des EPS

À l'occasion d'un travail mené avec les fédérations des établissements de santé en 2015-2016, la DGOS a identifié les activités suivantes, communes à toutes les catégories d'établissements, comme devant être exclues du SIEG :

- les produits des prestations pour exigence particulière du patient mentionnés à l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale ;
- les produits issus des rétrocessions de médicaments et autres ventes de marchandises ;
- les ventes de produits et prestations de service ;
- les produits financiers et les produits issus de l'accueil de patients étrangers pour lesquels la tarification est libre (« *patients VIP* »).

Cette liste présente l'avantage de pouvoir identifier dans les comptes des établissements de santé les produits s'y rattachant⁵⁸. Sur cette base, la mission a calculé que **la part des activités non SIEG dans l'ensemble de l'activité des EPS ne représente qu'une fraction limitée des produits totaux d'un EPS** : les produits hors SIEG sont en moyenne de 4 %, varient de moins de 1 % à 14 % avec une médiane à 3 % (98 % des établissements présentent des produits hors SIEG inférieurs à 10 %).

Source : Mission, à partir des éléments transmis par la DGOS.

3.1.1.2.3. Enfin, les autorités publiques doivent mettre en place un mécanisme de contrôle régulier de l'absence de surcompensation

Selon la décision SIEG de 2012, les autorités publiques doivent procéder ou faire procéder, à des **contrôles réguliers, au minimum tous les trois ans** pendant la durée du mandat et au terme de celui-ci. Toute surcompensation éventuelle doit faire l'objet d'un remboursement. Toutefois, lorsque le montant de la surcompensation ne dépasse pas 10 % du montant de la compensation annuelle moyenne, elle peut être reportée sur l'année suivante et déduite du montant de la compensation due pour cette période. **Les mécanismes de contrôles existants, à la main des ARS, et ceux proposés par la mission (cf. 3.3.2.1) correspondent à cette exigence de contrôle.**

Il convient d'ajouter que **le mécanisme d'aide doit être prévisible et transparent** :

- ◆ les critères d'attribution, même qualitatifs, doivent être bien définis à l'avance, dans le cadrage national et dans la politique régionale d'attribution des aides ;
- ◆ le cadrage national et les décisions des ARS (au-delà de 15 M€⁵⁹) doivent être publiés et les attributions étayées par référence à des objectifs et des critères précis.

⁵⁸ Par exception, mais conformément à la jurisprudence de la CJUE sur les prestations intégrées (« *in house* »), l'ensemble des prestations inter-établissements sont incluses dans le périmètre du SIEG.

⁵⁹ Article 7 de la décision SIEG de 2012.

Rapport

Enfin, pour respecter le principe d'égalité de traitement des opérateurs, il s'agira d'examiner les différences de droit ⁶⁰ et les différences de fait, liées aux conditions d'exercice de la gestion du SIEG, pouvant justifier des compensations différenciées. En la matière, le respect du principe de non-discrimination entre opérateurs du marché rejoint les exigences posées en droit interne de respect du principe à valeur constitutionnelle d'égalité (cf. 3.1.2).

3.1.1.2.4. L'information de la Commission européenne reste nécessaire

Il est nécessaire d'informer la Commission du mécanisme qui sera retenu pour la mesure, en amont du vote des dispositions législatives et de leur mise en œuvre, en précisant l'ensemble des points évoqués, notamment l'objectif de la mesure, les modalités de mise en œuvre et notamment l'ensemble des garanties liées au respect du principe de non-surcompensation.

3.1.2. La mesure devra respecter le principe constitutionnel d'égalité

Conformément à la décision « Taxe carbone » ⁶¹, le législateur peut adopter une mesure ayant pour objet d'inciter à adopter des comportements conformes à un objectif d'intérêt général, en l'espèce la réorganisation de l'offre publique de soins hospitaliers (cf. encadré 4). Toutefois, il doit présenter des garanties sur le fait que l'objectif poursuivi est bien crédible et que les différences de traitement ont un lien direct avec lui. Pour ce faire, le recours à une loi de financement de la sécurité sociale pour instituer le mécanisme ⁶² emporte le risque de confusion avec les objectifs financiers que porte aussi la mesure.

En l'espèce, des objectifs liés à la transformation de l'offre publique seront clairement identifiés dans les engagements figurant au contrat de « *reprise de dette* » entre ARS et EPS, y compris au niveau des GHT. Ces engagements feront l'objet d'une mesure et d'une évaluation (y compris le cas échéant sous forme d'objectifs assignés aux ARS).

La loi devra préciser que **la mesure sera déclinée pour chaque établissement en fonction de critères liés à ses projets de transformation** (interne ou au sein d'un GHT), à sa situation financière et à son niveau actuel d'investissement en particulier courant. Il s'agira d'indiquer également que le montant de la mesure pourra varier en fonction des engagements pris par l'établissement. Les ARS devront ainsi justifier l'attribution d'un montant de « *reprise de dette* » différent par des différences de situation de droit (périmètre des activités) ou de fait.

Proposition n° 8 : Centrer la formulation de la mesure de « *reprise de dette* » sur l'objectif de transformation de l'offre de soins hospitalière publique, de préférence dans une loi non financière. En avoir informé en amont la Commission européenne.

⁶⁰ La différence de périmètre du SIEG géré peut justifier des niveaux de compensation différenciés, comme la Commission européenne l'a estimé dans sa décision « IRIS » de 2016 (Décision (UE) 2016/2327 de la Commission du 5 juillet 2016, concernant l'aide d'État SA.19864 ' - 2014/C mise à exécution par la Belgique – Financement des hôpitaux publics IRIS en Région de Bruxelles-Capitale : « *la Commission conclut qu'en tout état de cause, ce principe est respecté puisque les hôpitaux IRIS et les hôpitaux privés bruxellois se trouvent dans une situation différente sur le plan juridique et sur le plan factuel étant donné que la portée de la mission de SIEG des hôpitaux IRIS publics est plus vaste que celle des hôpitaux privés et est donc plus coûteuse à exécuter* ».

⁶¹ Décision n° 2009-599 DC, J.O. du 31 décembre 2009. « (...) le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que soient établies des impositions spécifiques ayant pour objet d'inciter les redevables à adopter des comportements conformes à des objectifs d'intérêt général, pourvu que les règles qu'il fixe à cet effet soient justifiées au regard desdits objectifs ». Mais le Conseil constitutionnel vérifie l'existence d'un lien direct entre différenciations de traitement et l'objectif.

⁶² Option qui pourrait être envisagée étant donné le recours probable à ce vecteur pour garantir le financement de la mesure, cf. 2.1.2.

Encadré 4 : Éléments de formulation de la mesure

Objectif de la mesure : la transformation de l'offre de soins publique reposant sur un impératif d'assainissement financier et le maintien d'une capacité d'investissement

- **le schéma de répartition** de l'aide s'inscrit en réponse à cet objectif afin que soient ciblés de manière adaptée les établissements en fonction des enjeux qu'ils représentent face à cet objectif, avec une approche différenciée selon le niveau d'appréciation des besoins :
 - besoin d'assainissement : pré-fléchage d'un « *socle* » de reprise, avec la possibilité de prendre en compte des situations individuelles pour une modulation complémentaire (en particulier les dynamiques propres à chaque établissement, ou les contextes particuliers)
 - besoin/capacité d'investissement : intégrée au socle mais nécessite modulation (via une marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé)
 - transformation : exige d'être appréciée au niveau du territoire de santé par les ARS
- ➔ par souci d'équité, les enveloppes permettant de financer la modulation régionale seront calculées sur la base des produits, donnée permettant d'apprécier avec le moins de biais l'ampleur des besoins, considérés comme répartis de manière similaire sur tout le territoire
- **le schéma d'engagement**, en contrepartie de la reprise, vise à garantir que tous les EPS, quel que soit leur montant de dette repris, s'engagent cet objectif de transformation, en répondant aux deux prérequis assainissement et investissement
- **la conditionnalité** appliquée à la reprise doit permettre de garantir la réussite de l'objectif poursuivi, en permettant aux agences régionales de santé, dans un cadre de suivi national, d'activer les leviers nécessaires à la réalisation des engagements

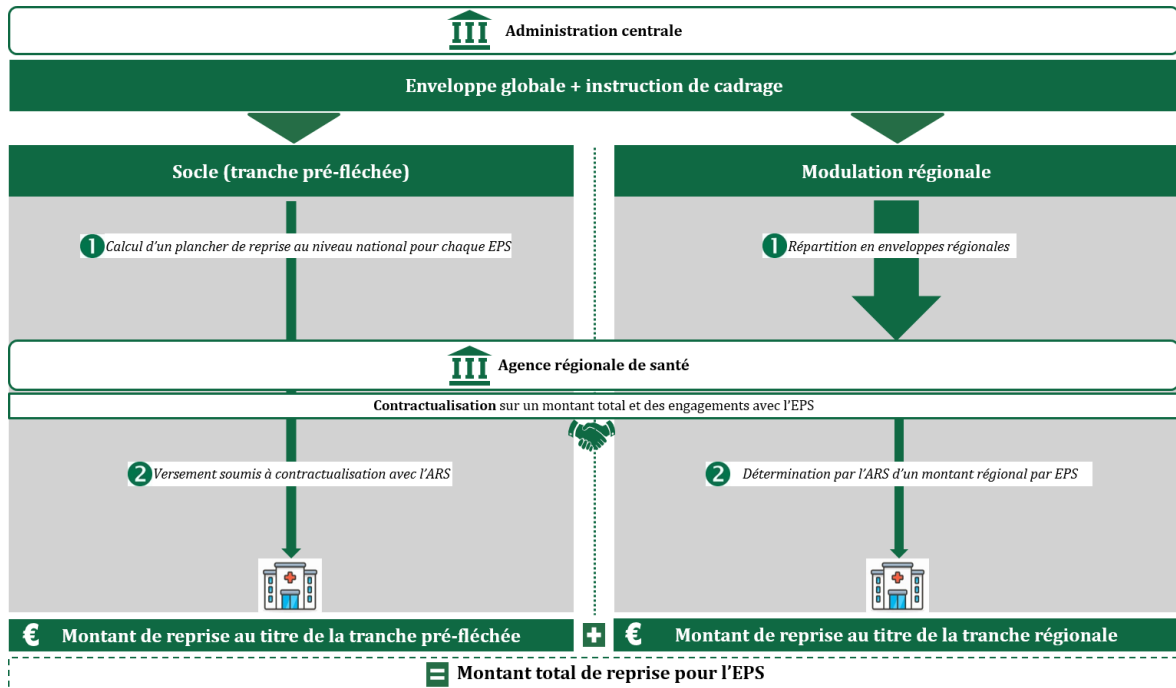
Source : Mission.

3.2. La part de dette refinancée comportera, pour chaque établissement, un socle répondant à ses enjeux financiers, éventuellement augmenté d'une modulation régionale répondant aux ambitions de transformation

Il est proposé de répartir l'enveloppe de la mesure de « *reprise de dette* » en deux temps (cf. figure 3) :

- ♦ d'une part un « **socle** », dont le montant par établissement sera défini au niveau national et dont le calcul permettrait une visibilité rapide sur le plancher de reprise auquel chacun serait éligible ;
- ♦ d'autre part une « **modulation régionale** », définie par les ARS et qui compléterait le socle pour tenir compte des situations individuelles et des enjeux territoriaux de transformation (notamment le projet régional de santé et les dynamiques du GHT).

Figure 3 : Schéma de l'architecture proposée pour la répartition de la mesure



Source : Mission.

3.2.1. Un socle de reprise devra être accessible à tous les EPS qui s'engagent dans une démarche contractuelle répondant aux objectifs de la mesure

3.2.1.1. Un montant minimum de reprise pour tous les EPS s'engageant dans le processus de contractualisation, avec trois scénarios possibles selon le volume de ce socle

Il est proposé de calculer une part « pré-fléchée », constituant un montant socle de reprise pour chaque établissement. Conformément aux objectifs d'assainissement financier et de restauration de marges d'investissement, qui commandent d'assurer d'un ciblage des établissements en difficulté financière, il est proposé de « pré-répartir » une partie de l'enveloppe, sur la base de critères quantitatifs s'appuyant sur les données comptables des établissements. Alors que l'objectif de transformation suppose une prise en compte des spécificités et des enjeux locaux qui ne peuvent être pleinement appréhendés à travers des indicateurs quantitatifs, le socle pourrait cibler les prérequis à cette transformation.

Cette méthode permettrait le calcul immédiat d'un montant minimum de « reprise » à laquelle est éligible chaque établissement, permettant une visibilité rapide sur la mise en œuvre de la mesure, conformément aux annonces du Gouvernement⁶³.

En tout état de cause, le bénéfice de ce socle est soumis, comme le reste de la mesure, à contractualisation avec l'ARS. Ce montant calculé individuellement pour chaque établissement sera ainsi accessible à tous ceux s'engageant sur des actions répondant à au moins un des trois objectifs de la mesure (transformation, assainissement financier, investissement du quotidien).

⁶³ Cf. communiqué de presse du ministre des Solidarités et de la Santé en date du 21 février 2020.

Trois grands scénarios ont été construits en faisant varier le volume respectif du socle et de la modulation, qui constitue le paramètre structurant :

- ◆ un **scénario de « socle minimal »**, où seulement 10 % de l'enveloppe totale serait affectée au socle ;
- ◆ un **scénario de « socle intermédiaire »**, où le montant du socle serait doublé à 20 % de l'enveloppe totale ;
- ◆ un **scénario de « socle renforcé »**, où le montant du socle serait égal au montant dédié à la modulation régionale (50 % chacun).

3.2.1.2. Des critères de répartition qui doivent répondre aux objectifs de la mesure, en proportion de la taille du socle, dont il s'agit de maîtriser les effets redistributifs

Selon l'option retenue pour le volume du socle, le nombre de critères de répartition pourra être plus important. Il est proposé, afin de préserver la lisibilité du socle, de limiter à un critère la répartition sur un « socle minimal » (10 %), deux critères celle d'un « socle intermédiaire » (20 %), l'option d'un « socle renforcé » (50 %) autorisant la prise en compte d'un troisième critère.

S'agissant du choix des critères de répartition, si de simples indicateurs de volume (produits hospitaliers, population) pourraient être utilisés, ils ne répondent pas directement aux deux objectifs ciblés par le socle, soit :

- ◆ **l'assainissement financier** des établissements endettés, qui implique le recours à des indicateurs ciblant les problèmes de soutenabilité liés à la dette, comme :
 - l'**encours de dette retraité** par la mission⁶⁴, lisible et équitable dans la mesure où il tient compte des aides à l'emprunt dont bénéficient certains établissements ;
 - le **taux d'endettement**, déjà utilisé pour évaluer le surendettement des EPS⁶⁵ et qui permet un ciblage, par exemple sur les établissements dont le taux d'endettement est supérieur à 30 % (conformément au seuil réglementaire) ;
- ◆ **la restauration des marges d'investissement**, pour laquelle peuvent être ciblés :
 - la **capacité d'investissement**, qui peut être évaluée à travers des ratios d'exploitation comme le **taux de CAF nette**, dont le calcul est fiable à condition de le lisser sur plusieurs années afin de minimiser les biais ayant trait à des événements exceptionnels, voire le **taux de marge brute** ;
 - le **besoin d'investissement**, approché par le **taux de vétusté**⁶⁶, dont la fiabilité est toutefois plus relative pour les plus petits EPS non certifiés⁶⁷.

⁶⁴ Somme de l'encours de dette et des frais financiers restant à verser à partir de 2020, desquels sont déduites les aides à l'investissement restant à percevoir et la part de dette liée aux EHPAD et USLD.

⁶⁵ Au titre de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

⁶⁶ Habituellement distingué du taux de vétusté des constructions, le taux de vétusté des équipements semble le plus adéquat pour tenir compte des besoins d'investissements du quotidien que le Gouvernement entend cibler en priorité.

⁶⁷ L'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique prévoit cette obligation de certification pour les établissements publics de santé dont les produits sont égaux ou supérieurs à 100 M€ pendant trois exercices d'affilée. Seuls 166 EPS, soit 20 %, étaient soumis à l'obligation de certification des comptes sur l'exercice 2018.

Rapport

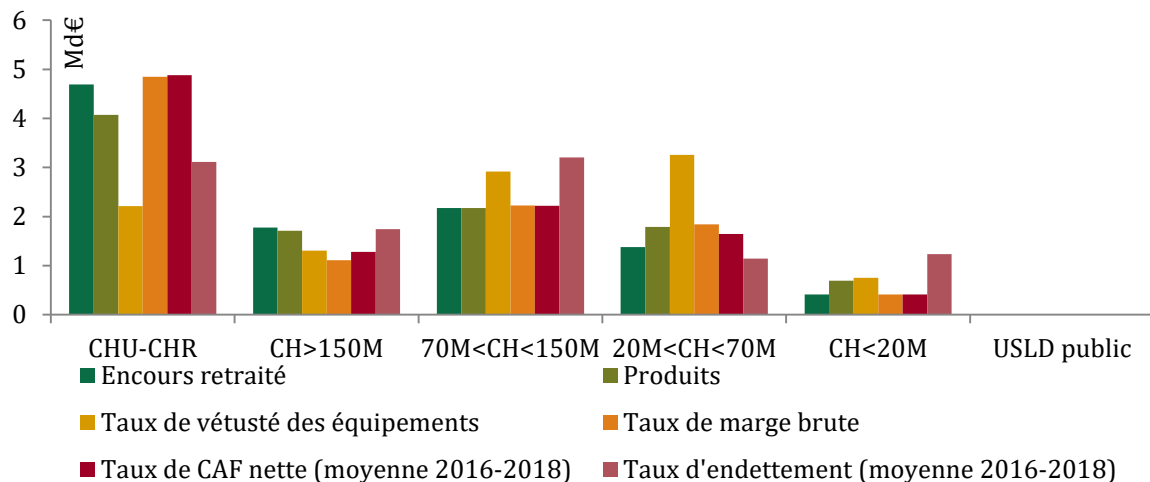
Le choix des critères et leur pondération respective implique différents effets de répartition. Les principaux critères ont ainsi été testés isolément (cf. graphique 10), mettant en évidence les propriétés suivantes :

- ◆ **l'encours de dette** retraité par la mission est favorable aux CHU-CHR, seule catégorie pour laquelle les retraitements successifs de la dette ne diminuent pas l'assiette de reprise (cf. graphique 7 *supra*) ;
- ◆ le **taux de CAF nette** est un critère équilibré, avec une seule catégorie perdante (les CH de plus de 150 M€ de produits). À la différence par exemple du **taux de marge brute**, il tient compte du coût des annuités en capital (exclut les produits de cessions d'actifs) et défavorise moins les CH de plus de 150 M€ de produits ;
- ◆ l'utilisation des **produits hospitaliers** serait défavorable aux grands établissements (CHU-CHR et CH de plus de 150 M€ de produits).

Deux critères apparaissent comme particulièrement discriminants :

- ◆ le **taux de vétusté des équipements** est défavorable aux grands établissements et très favorable aux petits CH (cf. 1.1.3), qui ne sont pas soumis aux mêmes exigences d'équipements (plateaux techniques notamment) et dont la tenue des comptes est aussi moins fiable ;
- ◆ le **taux d'endettement** (utilisé avec un ciblage au-delà de 30 %) est très favorable aux CH entre 70 et 150 M€, dont la part relative augmenterait de 9,9 points par rapport à une allocation sur le critère de l'assiette, ainsi qu'aux CH de moins de 20 M€ de produits, dont la part relative serait majorée de 7,8 points par rapport à une répartition sur le critère de l'assiette.

Graphique 10 : Montant potentiel perçu par chaque catégorie d'établissements au titre de chaque critère simulé isolément pour la tranche « socle »



Source : Mission, d'après les données DGFIP, DGOS et de dix ARS.

Les scénarios proposés ci-après pour la répartition de la tranche socle combinent ces critères de façon à offrir une palette différenciée d'options répondant aux objectifs de la mesure (cf. tableau 2), en privilégiant :

- ◆ l'encours de dette retraité pour répartir le socle dans sa version « *minimale* » ;
- ◆ l'ajout de la moyenne sur trois ans du taux de CAF nette pour le socle « *intermédiaire* » ;
- ◆ l'introduction d'une troisième variable dans le cas d'un socle « *renforcé* », avec deux options : le taux de vétusté des équipements ou un renforcement du critère lié à la CAF nette au travers d'un « *bonus* » pour les EPS en insuffisance d'autofinancement (IAF).

Rapport

En revanche, n'ont pas été retenus :

- ◆ le taux d'endettement, en raison de l'importance des effets redistributifs qu'il engendre, potentiellement redondants avec ceux du taux de CAF nette, et de l'absence de retraitement de la dette au numérateur ;
- ◆ l'évolution du taux de marge brute, pour sa redondance avec le taux de CAF nette ;
- ◆ les critères exclusifs de volume, comme la population ou les produits (ces derniers déterminant déjà la répartition entre régions de la modulation régionale, cf. *infra*).

S'agissant des critères de répartition, l'encours retraité paraît incontournable dans la mesure où il assure une prise en compte équitable du niveau de dette. De par sa fiabilité et sa lisibilité, le taux de CAF nette semble le plus pertinent pour intégrer une dimension investissement à la répartition. Les critères du taux d'endettement et du taux de vétusté sont plus discriminants, ce qui rend leur utilisation plus délicate et qui suppose à tout le moins de les associer à d'autres critères, en tant que variable complémentaire.

Une des options du scénario de « socle renforcé » intègre néanmoins le taux de vétusté des équipements. Si sa fiabilité est moindre, ce critère a été utilisé par certaines ARS en 2020 dans le cadre de la répartition de l'enveloppe des 150 M€ consacrés aux investissements du quotidien : il est donc connu et utilisable. Pour autant, **la principale justification pouvant conduire à utiliser le taux de vétusté des équipements serait de contrebalancer l'effet d'assiette (retraitement des aides et de la dette EHPAD et USLD) favorable à la catégorie des CHU-CHR par une tranche socle plus favorable aux établissements de petite taille.** Dans le cas contraire, ce critère comme les autres critères exclus pourra être appréhendé par les ARS dans le cadre de la modulation régionale.

Proposition n° 9 : Privilégier de façon générale les critères de l'encours de dette retraité et du taux de CAF nette dans la répartition de la tranche « socle ». Ne leur associer éventuellement le taux de vétusté des équipements que dans l'hypothèse d'un « socle renforcé » dont l'objectif serait de favoriser les établissements de petite taille.

Tableau 2 : Un schéma de répartition de l'aide qui répond aux objectifs de la mesure

Enjeux	Socle préfléché			Modulation régionale (90 %, 80 % ou 50 % selon le scénario)
	Scénario minimal (10 %)	Scénario intermédiaire (20 %)	Scénario renforcé (50 %)	
Assainissement	Encours de dette retraité (ciblage de la dette, de manière plus universelle)			Capacité de modulation en fonction de la situation financière plus fine (ex : présence d'emprunts toxiques)
Investissement	[Capacité] Taux de CAF nette (moyenne sur 3 ans, cible à 3 %)	[Besoins] Taux de vétusté des équipements (cible au 1 ^{er} quartile) ou [Capacité] « Bonus » pour EPS en insuffisance d'auto-financement (IAF)		Sur la base de projets de territoire
Transformation				Inscription dans la stratégie régionale d'offre de soins et schémas de recomposition de l'offre Inscription dans la stratégie GHT, accent sur les SI Réponse aux priorités du plan Ma Santé 2022
Éviter l'aléa moral	Contractualisation unique sur l'ensemble de la mesure (y compris la part socle) entre l'ARS et chaque EPS			
	Socle pré-fléché faible	Intégration possible du besoin d'investissement		Capacité de modulation sur la base d'une connaissance fine des établissements, pouvant par exemple tenir compte de l'accomplissement d'objectifs passés (CPOM etc.)
Équité	Déduction des aides de l'assiette de reprise			Répartition de l'enveloppe régionale sur la base des produits

Source : Mission.

3.2.1.3. À partir des simulations conduites par la mission, celle-ci recommande l'option d'un socle intermédiaire réparti sur la base de l'encours de dette et du taux de CAF nette

La simulation de la répartition dans ces trois scénarios, sur la base des critères sélectionnés pour chacun d'eux (cf. *supra*), en accordant une pondération équivalente à chacun des critères sélectionnés dans les scénarios « *intermédiaire* » et « *renforcé* », permet de calculer, pour chaque établissement pour lequel les données sont disponibles, le montant de « *reprise* » au titre du socle découlant des différentes options (cf. encadré 5). Ce calcul permet ensuite de comparer les mérites des différents scénarios, par exemple en étudiant les effets de chacun sur les différentes catégories d'EPS (cf. tableau 3).

Les simulations conduites par la mission permettent de simuler un taux de reprise socle, qui ne préjuge en rien du montant de la modulation régionale. Étant soumise à une négociation avec les établissements et à une appréciation plus qualitative, cette dernière échappe par définition à toute simulation de répartition.

Ces simulations ne constituent par ailleurs pas des données définitives, dans la mesure où elles sont effectuées sur un échantillon des dix régions dont le montant des aides a été remonté à la mission (correspondant à 80 % de l'encours initial).

Encadré 5 : Présentation de la méthode de simulation de la répartition du socle

Sur le périmètre de dix régions pour lesquelles les données sont disponibles⁶⁸ (655 EPS), la mission a mené une simulation permettant d'obtenir le montant perçu par chaque EPS en fonction de différents critères.

Après avoir déterminé le montant total de socle à allouer aux EPS intégrés à la simulation (en proportion de leur part dans l'encours de dette brute national), la répartition de cette enveloppe se déroule en plusieurs étapes :

- ◆ pondération des critères, qui revient à allouer une fraction de l'enveloppe totale à chacun d'eux ;
- ◆ attribution d'un « *score* » à chaque établissement au titre de chaque critère⁶⁹, obtenu en classant les établissements sur une échelle spécifique à chacun des critères ;
- ◆ le montant de « *reprise* » au titre de chaque critère est ensuite obtenu grâce à la multiplication du « *score* » par un coefficient qui assure que la somme des montants attribués à chaque EPS correspond exactement à l'enveloppe allouée à ce critère ; ce dernier dépend non seulement du montant de la part, mais aussi des « *scores* » de l'ensemble des EPS, ce qui implique que **le montant attribué à un EPS dépend des caractéristiques des autres établissements**⁷⁰ ;
- ◆ le montant total de « *reprise de dette* » pour chaque établissement correspond à la somme de montants qui lui sont alloués au titre de chaque critère.

Cet exercice de répartition fictive permet de simuler l'effet de différentes combinaisons et pondérations de critères et renseigne sur la répartition finale entre les différentes catégories et régions. Il permet par ailleurs de déduire une formule opérationnelle qui pourrait permettre à chaque établissement de calculer son montant de « *reprise de dette* ».

Source : Mission.

⁶⁸ Dix régions pour lesquelles les ARS ont fait remonter l'ensemble des aides à percevoir par les EPS à partir de 2020.

⁶⁹ Ce score est proportionnel au montant de « *reprise de dette* » attribué au titre du critère.

⁷⁰ Notamment les aides que ceux-ci vont percevoir, qui rentre dans le calcul de l'encours retraité, critère utilisé dans chaque scénario. À ce stade, la mission ne dispose pas des aides de l'ensemble des établissements, les montants indiqués dans les projections comportent donc des incertitudes liées à cette non-exhaustivité.

Rapport

3.2.1.3.1. Scénario de « socle minimal » (10 % de l'enveloppe totale) : une répartition sur le critère de l'encours retraité aboutirait à un taux de reprise uniforme de 4,6 %

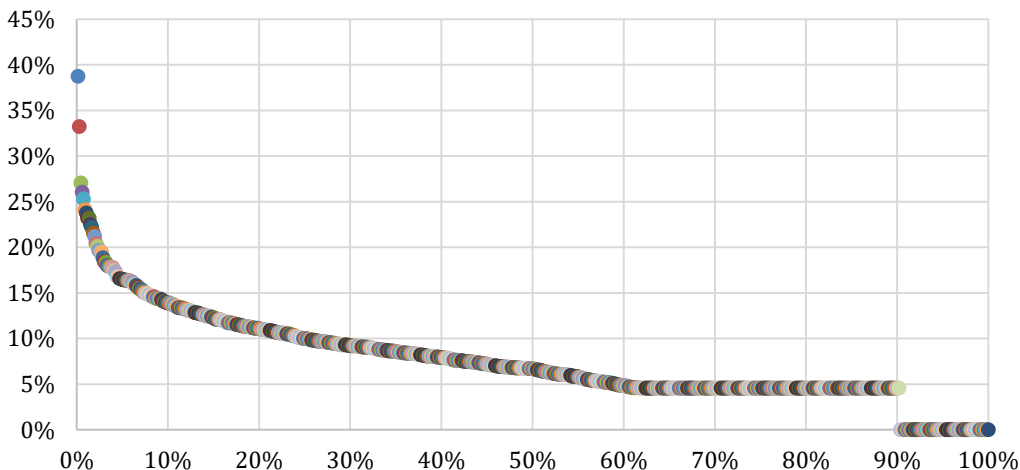
La répartition du socle dans sa version « minimale » est centrée sur l'objectif d'assainissement financier, au moyen d'un critère unique, soit l'encours de dette retraité. Dans ce scénario, la fraction de l'enveloppe totale réservée au socle étant limitée à 10 % (1,3 Md€), il ne peut en découler qu'un faible montant de « reprise », soit, d'après l'échantillon de la simulation, un **taux de reprise uniforme de 4,6 % de l'assiette de dette retraitée** pour les établissements éligibles (soit 4,3 % de l'encours de dette initial⁷¹). La répartition du socle entre catégories refléterait les effets d'assiette résultant des retraitements successifs (cf. graphique 7 *supra*).

Ce scénario offre en contrepartie une forte latitude à la modulation régionale, qui devra tenir compte des autres dimensions de la mesure.

3.2.1.3.2. Scénario de « socle intermédiaire » (20 % de l'enveloppe totale) : une répartition qui pourrait combiner à l'encours retraité le taux de CAF nette

Dans ce scénario, le volume de la tranche socle représente 20 % du total de la mesure (environ 2,6 Md€). **Ce scénario permet d'accroître la visibilité des établissements sur leur reprise sans compromettre la marge de négociation des ARS.** La simulation aboutit en effet à une moyenne de taux de reprise de 7,6 % de l'assiette, avec une borne supérieure à 38,8 % et une médiane de 6,7 % (cf. graphique 11). Le plateau de taux de reprise socle à 4,6 % (195 établissements, soit 29,8 % de l'échantillon) correspond pour l'essentiel aux établissements dont la moyenne 2016-2018 du taux de CAF nette est supérieure à 3 %, ce qui les exclut du bénéfice de ce critère.

Graphique 11 : Distribution des taux de reprise simulés pour le scénario « socle intermédiaire »



Source : Mission, sur un échantillon de dix régions (655 EPS, 80 % de l'encours initial). Note de lecture : taux de reprise socle en ordonnées, part d'établissements en abscisses.

⁷¹ Il est à noter que les résultats des simulations sont présentés en pourcentage de reprise de l'assiette de dette « retraitée » selon les propositions présentées en partie 1 : encours de capital restant dû (« dette brute »), auquel sont ajoutés les frais financiers, puis retranchées les aides et déduite l'éventuelle part de la dette liée à des activités EHPAD/USLD. Dans les simulations basées sur les 655 EPS pour lesquelles les données sont disponibles, le ratio entre la dette retraitée et la dette brute approche 95 %, ce chiffre n'étant toutefois qu'un résultat agrégé et des différences notables apparaissant entre établissements, selon la part d'aide ou de dette EHPAD/USLD.

Rapport

Par rapport à une répartition sur le seul critère de l'assiette (encours retraité), **la répartition entre catégories d'établissements dans ce scénario serait défavorable aux CH de plus de 150 M€ de produits** (cf. tableau 3), dont la proportion de l'enveloppe allouée baisserait de 2,4 points de pourcentage. Les autres catégories seraient légèrement gagnantes, à l'exception des CH de moins de 20 M€ de produits, pour lesquels ce scénario ne changerait pas la proportion de l'enveloppe qui leur serait allouée.

3.2.1.3.3. Scénario de « socle renforcé » : deux options se dégagent selon les catégories d'établissements que la tranche socle doit cibler en priorité

Ce scénario donnerait une importance équivalente au socle de la mesure (50 %) et à la modulation régionale (50 %). **La moitié de l'enveloppe totale de la mesure (environ 6,5 Md€) serait ainsi pré-fléchée à partir de critères quantitatifs**, ce qui signifie que les établissements auraient une vision significative du montant de reprise auquel ils seraient éligibles, mais que la marge de modulation de l'ARS pour tenir compte des spécificités locales et inciter à la transformation serait réduite d'autant. Dans une telle hypothèse, le renforcement du socle conduirait à élargir son mode de calcul pour intégrer de nouveaux critères et affiner son ciblage.

Une première option ajoute aux critères déjà utilisés pour le « socle intermédiaire » le taux de vétusté des équipements (calculé à partir des comptes financiers 2018), avec pour valeur de référence le troisième quartile (77 %), ce qui permet de cibler les 75 % d'EPS dont le taux de vétusté des équipements est le plus élevé.

Une seconde option de « socle renforcé » reprend également le schéma du scénario « socle intermédiaire », en y ajoutant un « bonus » pour les établissements dont le taux de CAF nette est négatif. La pondération des trois critères n'est cependant pas équivalente : 40 % pour l'encours de dette retraité, 50 % pour le taux de CAF nette et 10 % pour le « bonus IAF », qui revient à réserver 10 % du montant de la tranche socle pour les établissements dont la capacité d'investissement est la plus dégradée.

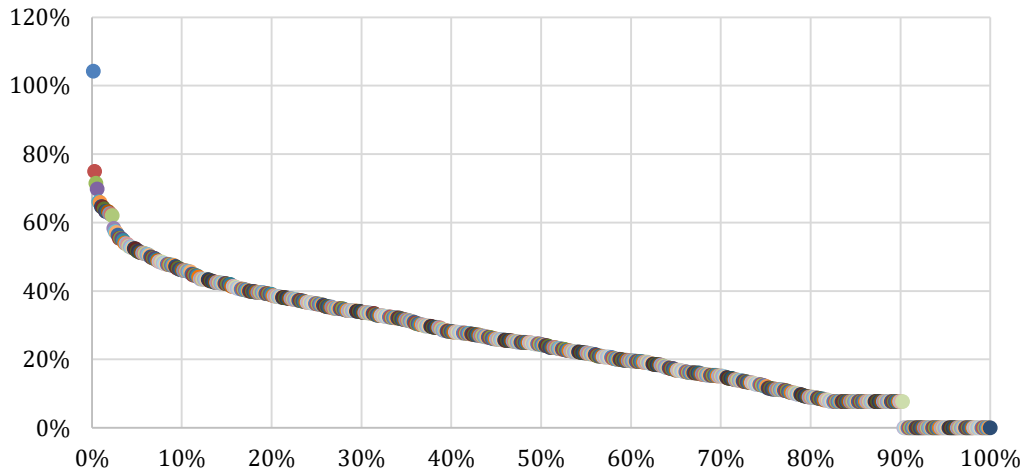
L'utilisation du taux de vétusté est favorable aux petits établissements tandis que le taux de CAF nette négatif entraîne des taux de reprise plus différenciés mais avec une moindre redistribution entre catégories.

Par construction, le point commun des sous-scénarios de « socle renforcé » est le niveau nettement plus élevé des taux de reprise (moyenne de taux de reprise de 24,9 % avec le taux de vétusté contre 19,0 % avec le taux de CAF nette négatif), ce qui s'explique par le volume consacré à la tranche socle. D'importantes différences émergent toutefois :

- ◆ le sous-scénario intégrant le taux de vétusté offre une distribution des taux de reprise relativement linéaires, inférieurs à 80 % sauf exception (cf. graphique 12) ;
- ◆ le profil de distribution du sous-scénario ciblant le taux de CAF nette négatif est plus concentré sur quelques EPS, avec une proportion non nulle d'établissements dont le taux de reprise est supérieur à 70 % (13 établissements, soit 2 % de l'échantillon) et un plateau d'établissements à 9,1 % de taux de reprise socle (les 189 établissements dont le taux de CAF nette est supérieur à 3 %, soit 29 % de l'échantillon) (cf. graphique 13).

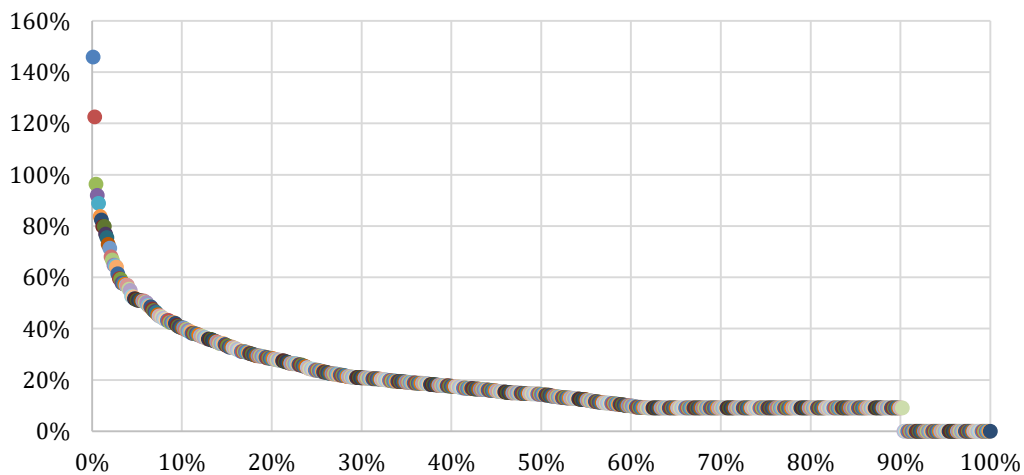
Dans les deux cas, la marge de négociation des ARS sera réduite par une quantité non négligeable de taux de reprise socle supérieurs à 50 % (6 % dans les deux sous-scénarios). Dans l'un et l'autre des sous-scénarios, ces établissements appartiendraient majoritairement aux catégories de petits CH (moins de 70 M€ et moins de 20 M€ de produits), la catégorie des CHU-CHR n'étant jamais concernée. **Les taux de reprise « socle » peuvent même très ponctuellement dépasser 100 %**. Pour ces établissements, la reprise serait de toute façon écrêtée au niveau du « *taux plafond* » correspondant à la part SIEG de leurs produits (cf. 3.1.1.2.2) et la modulation régionale ne pourrait pas intervenir⁷².

Graphique 12 : Distribution des taux de reprise simulés pour le scénario « socle renforcé » (critère taux de vétusté des équipements)



Source : Mission, sur un échantillon de dix régions (655 EPS, 80 % de l'encours initial). Note de lecture : taux de reprise socle en ordonnées, part d'établissements en abscisses.

Graphique 13 : Distribution des taux de reprise simulés pour le scénario « socle renforcé » (critère taux de CAF nette négatif)



Source : Mission, sur un échantillon de dix régions (655 EPS, 80 % de l'encours initial). Note de lecture : taux de reprise socle en ordonnées, part d'établissements en abscisses.

⁷² Si le cas se présentait, l'excédent de « socle » ne pouvant être attribué aux EPS concernés serait reversé à l'enveloppe de modulation régionale de l'ARS de son ressort.

Rapport

L'analyse par catégories d'établissements fait ressortir plus nettement encore les singularités des deux scénarios (cf. tableau 3) :

- ◆ **l'utilisation du taux de vétusté des équipements est défavorable aux établissements de grande taille et favorable aux petits** : par rapport à une répartition proportionnelle à l'assiette, les CHU-CHR verraient leur part de la tranche socle diminuer (- 7,3 points de pourcentage) ainsi que les CH supérieurs à 150 M€ (- 3,1 points), tandis que les CH compris entre 20 et 70 M€ de produits seraient gagnants (+ 6,8 points) de même que les CH de moins de 20 M€ de produits (+ 1,1 point) ;
- ◆ **le recours au critère du taux de CAF nette négatif entrainerait moins d'effets redistributifs** : les CHU-CHR verraient leur part de la tranche socle progresser légèrement par rapport à une répartition proportionnelle à l'assiette (+ 0,7 point de pourcentage), de même que les CH compris entre 70 et 150 M€ de produits (+ 0,1 point), les CH compris entre 20 et 70 M€ de produits (+ 2,1 points) et les CH de moins de 20 M€ de produits (+ 0,2 point), les seuls perdants étant la catégorie des CH de plus de 150 M€ de produits (- 3,1 points).

Tableau 3 : Comparaison de la distribution de l'enveloppe et du taux moyen par catégories dans les scénarios simulés

Scénario socle	Part de l'enveloppe consacrée à la catégorie et taux moyen de la reprise au titre du socle																										
Socle minimal (encours retraité)	<table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Part de l'enveloppe (%)</th><th>Taux moyen (%)</th></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>45%</td><td>4,6%</td></tr> <tr><td>CH>150M</td><td>17%</td><td>4,6%</td></tr> <tr><td>70M<CH<150M</td><td>21%</td><td>4,6%</td></tr> <tr><td>20M<CH<70M</td><td>13%</td><td>4,6%</td></tr> <tr><td>CH<20M</td><td>4%</td><td>4,6%</td></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>4%</td><td>4,6%</td></tr> </table>						Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)	CHU-CHR	45%	4,6%	CH>150M	17%	4,6%	70M<CH<150M	21%	4,6%	20M<CH<70M	13%	4,6%	CH<20M	4%	4,6%	CHU-CHR	4%	4,6%
Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)																									
CHU-CHR	45%	4,6%																									
CH>150M	17%	4,6%																									
70M<CH<150M	21%	4,6%																									
20M<CH<70M	13%	4,6%																									
CH<20M	4%	4,6%																									
CHU-CHR	4%	4,6%																									
Socle intermédiaire (encours retraité et taux de CAF nette)	<table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Part de l'enveloppe (%)</th><th>Taux moyen (%)</th></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>46%</td><td>9,3%</td></tr> <tr><td>CH>150M</td><td>15%</td><td>7,8%</td></tr> <tr><td>70M<CH<150M</td><td>21%</td><td>9,2%</td></tr> <tr><td>20M<CH<70M</td><td>14%</td><td>10,0%</td></tr> <tr><td>CH<20M</td><td>4%</td><td>9,1%</td></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>4%</td><td>9,1%</td></tr> </table>						Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)	CHU-CHR	46%	9,3%	CH>150M	15%	7,8%	70M<CH<150M	21%	9,2%	20M<CH<70M	14%	10,0%	CH<20M	4%	9,1%	CHU-CHR	4%	9,1%
Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)																									
CHU-CHR	46%	9,3%																									
CH>150M	15%	7,8%																									
70M<CH<150M	21%	9,2%																									
20M<CH<70M	14%	10,0%																									
CH<20M	4%	9,1%																									
CHU-CHR	4%	9,1%																									
Socle renforcé (encours retraité, taux de CAF nette et taux de vétusté des équipements)	<table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Part de l'enveloppe (%)</th><th>Taux moyen (%)</th></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>38%</td><td>19,1%</td></tr> <tr><td>CH>150M</td><td>14%</td><td>18,7%</td></tr> <tr><td>70M<CH<150M</td><td>23%</td><td>25,5%</td></tr> <tr><td>20M<CH<70M</td><td>20%</td><td>34,6%</td></tr> <tr><td>CH<20M</td><td>5%</td><td>28,9%</td></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>5%</td><td>28,9%</td></tr> </table>						Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)	CHU-CHR	38%	19,1%	CH>150M	14%	18,7%	70M<CH<150M	23%	25,5%	20M<CH<70M	20%	34,6%	CH<20M	5%	28,9%	CHU-CHR	5%	28,9%
Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)																									
CHU-CHR	38%	19,1%																									
CH>150M	14%	18,7%																									
70M<CH<150M	23%	25,5%																									
20M<CH<70M	20%	34,6%																									
CH<20M	5%	28,9%																									
CHU-CHR	5%	28,9%																									
Socle renforcé (encours retraité, taux de CAF nette et taux de CAF nette négative)	<table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Part de l'enveloppe (%)</th><th>Taux moyen (%)</th></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>46%</td><td>23,1%</td></tr> <tr><td>CH>150M</td><td>14%</td><td>18,7%</td></tr> <tr><td>70M<CH<150M</td><td>21%</td><td>23,0%</td></tr> <tr><td>20M<CH<70M</td><td>15%</td><td>26,4%</td></tr> <tr><td>CH<20M</td><td>4%</td><td>23,9%</td></tr> <tr><td>CHU-CHR</td><td>4%</td><td>23,9%</td></tr> </table>						Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)	CHU-CHR	46%	23,1%	CH>150M	14%	18,7%	70M<CH<150M	21%	23,0%	20M<CH<70M	15%	26,4%	CH<20M	4%	23,9%	CHU-CHR	4%	23,9%
Catégorie	Part de l'enveloppe (%)	Taux moyen (%)																									
CHU-CHR	46%	23,1%																									
CH>150M	14%	18,7%																									
70M<CH<150M	21%	23,0%																									
20M<CH<70M	15%	26,4%																									
CH<20M	4%	23,9%																									
CHU-CHR	4%	23,9%																									

Source : Mission (périmètre de dix régions intégrées à la simulation).

3.2.1.4. Les résultats d'un « socle intermédiaire » semblent être les plus satisfaisants, et ce d'autant plus dans un contexte où il s'agirait que le versement d'un acompte basé uniquement sur le socle représente un certain volume

La décision structurante est celle du volume de l'enveloppe totale qui sera consacré à la tranche socle, avec un équilibre à trouver entre le degré de visibilité à donner aux établissements sur le montant minimal de reprise auquel ils seront éligibles et la nécessité pour les ARS de conserver des marges de négociation dans le cadre de la modulation régionale.

Les incitations à la transformation et la faculté à obtenir des engagements ambitieux dans les contrats seront en effet compromises dans des situations d'établissements dont la tranche socle augurerait déjà un montant de reprise significatif. Une part d'incertitude sur le taux de reprise potentiel est souhaitable pour que les ARS disposent d'un véritable levier dans la détermination de la modulation régionale sur l'ambition des engagements.

À cet égard, le scénario de « *socle renforcé* » (50 % de l'enveloppe totale) paraît réduire la marge de négociation des ARS en raison du nombre significatif de taux de reprise socle supérieurs à 50 % qu'il entraînerait. Les scénarios de « *socle minimal* » et de « *socle intermédiaire* » offrent un meilleur équilibre entre l'impératif de visibilité rapide et les marges de négociation indispensables à une modulation régionale porteuse de transformations.

Si l'hypothèse d'un versement d'une partie de la tranche socle sous forme d'acompte à l'automne était retenue dans le contexte de la crise sanitaire, le scénario d'un « *socle intermédiaire* » semblerait le plus adapté pour les raisons suivantes :

- ◆ les acomptes seraient versés sur la base de données non définitives (sans fiabilisation du montant de l'encours retraité de chaque établissement) et supposeraient **une régularisation ex post plus complexe dans le cas de taux de reprise élevés** ;
- ◆ si le scénario de « *socle minimal* » (10 % de l'enveloppe totale) était retenu, **le versement d'1/15 d'une tranche « socle » sous forme d'acompte à l'automne 2020** représenterait environ 85 M€, soit un montant relativement modeste, l'acompte étant deux fois plus élevé avec le scénario intermédiaire (de l'ordre de 170 M€) – sachant que, dans tous les cas, celui-ci peut être doublé si le versement est réalisé au titre des années 2020 et 2021⁷³.

Proposition n° 10 : Privilégier les scénarios de « *socle minimal* » (10 % du total) ou de « *socle intermédiaire* » (20 %), qui préservent l'efficacité de la modulation régionale. En cas de mobilisation d'un « *acompte* » dès l'autonome 2020, basé uniquement sur le socle, privilégier l'option intermédiaire.

3.2.2. Une modulation régionale sera dimensionnée pour des projets de transformation structurelle des établissements validés par les ARS

La mission estime indispensable pour la bonne atteinte des objectifs de la mesure qu'une part majoritaire de la mesure puisse être répartie par chaque ARS, acteurs qui possèdent la connaissance la plus fine des établissements et des territoires de santé :

- ◆ **une évaluation qualitative des projets portés par les établissements et les territoires est nécessaire** dès lors que l'objectif majeur de la mesure est de contribuer à la transformation des établissements et de l'offre publics de soins hospitaliers sur les territoires de santé, de façon à répondre à l'évolution des besoins de santé de la population :

⁷³ À titre de comparaison, la mesure « *investissement du quotidien* » a consacré 150 M€ aux hôpitaux en 2019.

Rapport

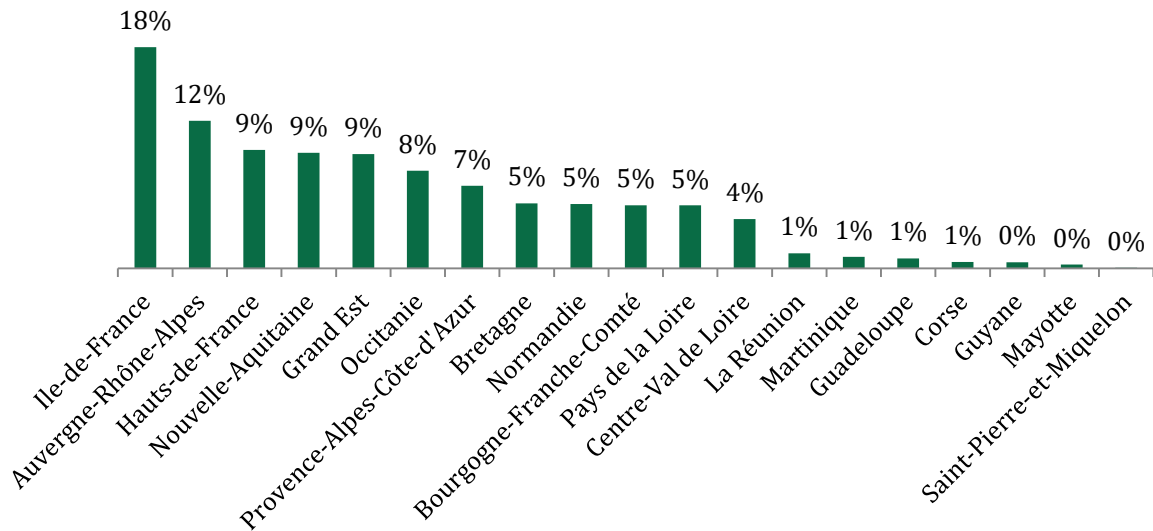
- le seul recours à des indicateurs quantitatifs, si sophistiqués soient-ils, ne permettra pas d'appréhender les évolutions attendues ;
- en particulier, la situation financière d'un établissement n'épuise pas la question : une situation financière peu dégradée peut masquer un manque d'investissement courant ; une situation financière dégradée peut ne pas refléter une dynamique de transformation à encourager ;
- ◆ **la répartition de la mesure prendra en compte l'ambition des engagements de l'établissement** : or celle-ci ne peut s'apprécier que dans un contexte donné, y compris au sein d'un GHT : caractère coopératif ou non des établissements partenaires au sein du GHT, démographie médicale du territoire, y compris en ville ; poids de handicaps liés à des décisions anciennes, etc.
- ◆ enfin, la modulation régionale permettra, dans la limite du « *taux plafond* » de reprise applicable à chaque EPS (cf. 3.1.1.2.2), de **prendre en compte certaines spécificités**, comme celles relevées ici par la mission, **non reflétées dans le calcul du « socle »** :
 - emprunts toxiques résiduels (cf. 1.1.2) ;
 - dette placée dans des groupements de coopération sanitaire (GCS) (1.1.2) ;
 - dette médico-sociale très élevée, diminuant fortement l'assiette de dette éligible à la reprise mais obérant toute capacité d'investissement pour la partie sanitaire de l'activité de l'établissement ;
 - enjeux d'investissement à venir non capturés par la tranche « *socle* » :
 - même s'il convient de rappeler que la mesure n'a pas vocation première à soutenir des opérations immobilières d'importance, et qu'en tout état de cause ces projets doivent être justifiés à l'échelon territorial et bien dimensionnés ;
 - les ARS pourront dans certains cas apporter un soutien particulier aux établissements faiblement endettés mais dont le principal projet d'investissement est à venir, sans que cela n'emporte vis-à-vis de ces EPS d'effet de substitution par rapport aux dispositifs d'accompagnement existants (FIR en particulier).

La mission préconise que la part de l'enveloppe globale correspondant à la mesure qui sera dédiée aux ARS soit ventilée entre les régions selon le critère unique de la somme des produits⁷⁴ des EPS de chaque région (cf. graphique 14) :

- ◆ critère simple et équitable, qui ne pénalise pas les régions dont les EPS sont structurellement moins endettés, pour des raisons historiques ou par l'action de politiques d'encadrement de l'emprunt plus strictes ;
- ◆ il est par ailleurs cohérent avec le fait que la mesure n'ait pas pour seul objectif l'assainissement des finances hospitalières, mais bien l'évolution de l'offre.

⁷⁴ Produits hors comptes 7087.

Graphique 14 : Répartition projetée de la tranche de modulation régionale sur le critère des produits 2018



Source : Mission, d'après les comptes financiers 2018.

Outre un cadrage national clair vis-à-vis des ARS comme des EPS sur les modalités de répartition (cf. *infra*), il s'agit également d'outiller les acteurs en vue de la préparation des contrats :

- ◆ transmission d'éléments méthodologiques pour fiabiliser les données relatives à la dette de chaque établissement⁷⁵ ;
- ◆ rédaction d'une « boîte à outils » des critères susceptibles d'être utilisés pour la répartition (et qui viennent d'être exposés *supra*) ;
- ◆ préparation d'un contrat type, reprenant notamment les clauses garantissant la compatibilité du mécanisme avec l'encadrement européen des aides d'État (cf. 3.1.1.2.3) ;
- ◆ éventuel soutien national au financement de compétences complémentaires ponctuelles (via le recours à des marchés publics de conseil et/ou des appuis nationaux) pour préparer la mise en œuvre de la mesure, proposition qui pourrait être encore plus nécessaire en période post-crise sanitaire.

Proposition n° 11 : Cadrer la répartition par les ARS de leur enveloppe régionale, en listant notamment les critères pouvant être mobilisés pour justifier « au premier euro » la modulation accordée à chaque EPS, soit au titre de l'ambition de ses engagements, soit en raison de sa situation particulière. Répartir les enveloppes de modulation régionale selon la somme des produits hospitaliers de chaque région.

⁷⁵ Un vade-mecum méthodologique élaboré par la mission a déjà été transmis aux ARS en mars par la DGOS.

3.3. La réussite de la mesure reposera, en amont, sur le temps de préparation laissé aux territoires, et, en aval, sur un schéma de conditionnalité qui permette un suivi du respect des engagements, le tout dans un contexte compliqué par la crise sanitaire

3.3.1. La mise en œuvre de ce schéma suppose la définition d'un cadre contractuel de référence ainsi que d'un calendrier qui permette aux établissements, au sein des GHT, de conduire, dans un cadre concerté, une véritable négociation avec les ARS

3.3.1.1. Un cadrage national de la négociation entre ARS et établissement

Pour des raisons d'équité entre régions et de sécurité juridique de la mesure, la contractualisation par l'ARS avec chaque établissement devra s'inscrire dans un cadre national qui passera par une instruction (qui pourrait être commune afin de garantir la clarté et la cohérence du dispositif pour tous les acteurs) aux ARS comme aux EPS⁷⁶.

Cette instruction, potentiellement publique⁷⁷, **notifiera le niveau estimé de « socle » pré-fléchi pour chaque EPS⁷⁸ et celui de l'enveloppe régionale**. Elle précisera les **principes de répartition infrarégionale des crédits et de contractualisation** avec les établissements, en s'assurant que l'objectif principal de la mesure (évolution de l'offre de soins hospitalière publique) et ses corollaires (assainissement financier et retour de l'investissement à des niveaux normaux) soient au cœur de la politique de répartition de chaque ARS et des engagements définis par chaque EPS.

Elle devra notamment **détailler les processus suivants** ;

- ◆ la méthode de négociation (concertation et association des instances, GHT) et le calendrier ;
- ◆ le processus de fiabilisation préalable des données de dette de chaque EPS⁷⁹ ;
- ◆ la nature des engagements attendus : intégration dans le contrat d'au moins une action liée à chacun des trois objectifs majeurs de la mesure ;
- ◆ les principes de la modulation régionale :
 - possibilité de moduler fortement en fonction de l'ambition des engagements de l'établissement ;
 - rappel de la « boîte à outils » de critères pouvant être mobilisés pour justifier le montant de modulation de chaque EPS (cf. 3.2.2 *supra*) ;
 - respect des obligations tenant au respect de l'encadrement des aides d'État et notamment le principe de non-surcompensation, garanti entre autres par un « *plafond de reprise* » propre à chaque EPS (cf. 3.1.1) ;
 - répartition transparente et prévisible, chaque ARS devant être en mesure de justifier ses critères d'attribution et le traitement équivalent d'EPS ayant les mêmes caractéristiques objectives et prenant les mêmes niveaux d'engagement.

⁷⁶ Il pourrait être envisagé, afin de garantir le caractère interministériel de ce cadrage, de le faire valider par le comité national de pilotage des ARS. Présidé par la Secrétaire générale du ministère et composé des directions du ministère de la Santé, du Budget, de la CNAM et de la CNSA, le CNP veille à « *la cohérence des objectifs, du contenu et de l'application des politiques* » par les ARS (article D. 1433-2 du code de la santé publique).

⁷⁷ Notamment au regard des exigences européennes (cf. 3.1.1.2.3).

⁷⁸ Le montant « socle » final de chaque EPS ne pouvant être calculé qu'une fois les données fiabilisées, soit en aval de la transmission de cette instruction. Toutefois, ces estimations pourront permettre de calculer un « *acompte* » pouvant être versé en amont de la contractualisation.

⁷⁹ Sur la base de la notice méthodologique élaborée par la mission.

Cette instruction demandera aux ARS de préparer une stratégie régionale d'utilisation de leur enveloppe dans une feuille de route de la « reprise de dette » qui devra comporter :

- ◆ la **déclinaison régionale des trois objectifs nationaux** et leur articulation au regard des enjeux propres à chaque région (enjeux de transformation, surendettement spécifique...)
- ◆ les conséquences de la stratégie de l'ARS en termes de **priorisation d'établissements et/ou de GHT** : quel degré de modulation proposé par l'ARS, quelle répartition estimative de la mesure entre catégories d'établissements dans la région et entre GHT.
- ◆ les **effets attendus de la mesure et les propositions d'objectifs au niveau régional** : réduction ou maîtrise de l'endettement, investissement dans les dossiers patients uniques des GHT, investissement courant.

Il est proposé que les ARS identifient, dans leur feuille de route régionale, les situations individuelles particulières nécessitant une attention particulière, qu'il s'agisse des établissements susceptibles de bénéficier d'une part prépondérante de l'enveloppe régionale ou des établissements qui seront particulièrement aidés au regard de leur dette et/ou de leurs produits. Il ne paraît en revanche pas opportun d'envisager une validation des contrats individuels de « reprise » au niveau national, que ce soit sur le plan pratique ou stratégique.

La feuille de route régionale sera examinée par le conseil national de pilotage (CNP) des ARS, suffisamment en amont de la signature des contrats pour permettre une réorientation éventuelle de certains axes de la feuille de route. Pour cette phase de validation, l'association au CNP de la DGFIP paraît opportune, ainsi qu'une consultation en tant que de besoin des membres associés du COPERMO sur le volet « investissement » des feuilles de route⁸⁰.

Proposition n° 12 : Fixer le cadrage national de la mise en œuvre de la mesure dans une instruction aux ARS et aux EPS au printemps 2020, intégrant notamment les modalités de répartition. Demander aux ARS de transmettre au niveau national une proposition de feuille de route pour validation au CNP (associant la DGFIP) en février 2021 au plus tard, qui présente la déclinaison de la stratégie nationale, les priorisations et les objectifs pour les établissements de la région.

3.3.1.2. La contractualisation devra s'appuyer sur une concertation conduite dans les établissements et à l'échelle des territoires, notamment des GHT

3.3.1.2.1. Dans les établissements, une large concertation sur l'utilisation des marges de manœuvre dégagées par la mesure doit être engagée en cohérence avec ses objectifs

Le principe d'une large concertation dans les établissements été annoncé par le ministre des Solidarités et de la Santé, afin d'« associer ceux qui font l'hôpital aux décisions qui comptent, à commencer par la répartition des efforts sans précédent de la nation, à travers la reprise de dette »⁸¹. Dans ce but, **une information organisée est indispensable pour expliciter les trois objectifs de la « reprise de dette » et mettre l'accent sur les engagements** que les établissements devront souscrire en contrepartie des crédits alloués⁸².

⁸⁰ Le COPERMO compte deux membres associés en plus des membres délibérants : secrétariat général à l'investissement et agence nationale d'appui à la performance.

⁸¹ Discours du ministre des Solidarités et de la Santé, passation de pouvoirs 17 février 2020.

⁸² Ce sujet des conditionnalités, engagements et contreparties est traité *infra*, en 3.3.2.1.

Rapport

Nécessaire dans tous les établissements, l'information et la concertation sur l'utilisation des marges libérées par la mesure concernent les **instances représentatives (CME, CTE, CHSCT, CSIRMT⁸³) et les chefs de pôle mais ne peut pas leur être limitée**. Dans les établissements de taille importante en particulier, cette démarche doit également être menée à l'égard des responsables médicaux et des cadres des services et des unités, et par leur intermédiaire, à l'intention des équipes hospitalières.

L'objectif de ce processus de concertation est de nourrir l'élaboration du projet de contrat avec l'ARS, dont la validation relèvera du directoire, et s'accompagnera d'une information du conseil de surveillance :

- ◆ notamment, il s'agira de préciser que les crédits qui seront alloués au titre de la mesure aux établissements **ne pourront pas être utilisés pour des créations de postes ni d'autres charges de fonctionnement pérennes, dont le financement, quand il est justifié, ne peut être ponctuel et relève donc d'autres mécanismes**. Ce principe pourrait être inscrit dans une instruction ministérielle de cadrage du dispositif, par analogie avec celles encadrant la contractualisation sur le dispositif de contrat local d'amélioration des conditions de travail⁸⁴ ;
- ◆ autrement, le champ d'utilisation des marges est large : en réponse à l'un des trois objectifs de la mesure, il couvre les **investissements, principalement les investissements courants, y compris les petits matériels** (cf. 2.2.4). **essentiels pour la qualité de vie au travail**.

Dans ce domaine, la concertation interne à l'établissement est la plus adaptée pour parvenir à des solutions de proximité en réponse à des besoins du quotidien. Cette approche ne peut toutefois être déconnectée d'un lien avec le GHT, dont l'établissement support exerce la compétence d'acheteur pour l'ensemble des membres. En particulier, tout projet d'investissement structurant, vérification faite de son juste dimensionnement et de sa soutenabilité financière, devra être analysé à l'échelle du GHT.

Proposition n° 13 : Engager dans chaque établissement une large démarche d'information et de concertation sur les objectifs de la « reprise de dette », les réalisations souhaitées avec les moyens alloués et les engagements à prendre en contrepartie de ces moyens. Proposer au directoire un plan d'action bâti sur ces quatre points, après avis des instances représentatives des personnels, et en informer le conseil de surveillance.

3.3.1.2.2. À l'échelle des territoires, la concertation concerne principalement les GHT, en vue de déployer une offre de soins graduée et efficiente, avec des objectifs complémentaires de ceux qui relèvent des instances de chaque établissement

Malgré le calendrier resserré, il s'agit d'élargir le périmètre de la concertation aux GHT. Les objectifs fixés au GHT rejoignent ceux de la « reprise de dette » sur le plan de l'efficacité, condition de l'assainissement financier, comme sur celui de la transformation de l'offre de soins, fondées sur des mutualisations des fonctions ou des transferts d'activités entre établissements⁸⁵.

⁸³ CSIRMT=commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

⁸⁴ A titre d'exemple confirmant un principe constant dans ce cadre contractuel, l'instruction DGOS du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé précise que « sont exclues de toute prise en charge par le FIR les charges de personnel ».

⁸⁵ Art. L6132-1 du code de la santé publique.

Rapport

La concertation à l'échelle du GHT dans le cadre de ses instances exécutives, le comité stratégique et le comité médical ou la commission médicale⁸⁶, doit s'inscrire **dans la mise en œuvre des compétences transférées qu'exerce juridiquement l'établissement support, en y associant les établissements parties**. Parmi elles, la mise en place d'un système d'information convergent représente un enjeu transversal majeur, requérant d'importants investissements⁸⁷.

Si les GHT, dans leur diversité, ne peuvent prendre en charge la totalité de la préparation de la contractualisation sur la « *reprise de dette* », ils doivent être parties prenantes, voire moteurs lorsque le contexte le permet, de la négociation entre l'ARS et les établissements. Leurs missions légales le justifient, même si juridiquement le directeur de l'établissement support n'est pas encore habilité à signer un contrat portant sur la stratégie du groupement pour le compte de l'ensemble des établissements parties⁸⁸.

Il n'est cependant pas impossible que, **dans certains GHT comportant peu d'établissements, pour la majorité liés par des conventions de direction commune, un contrat unique puisse être signé sur des objectifs de transformation de l'offre de soins** entre l'ARS et l'ensemble des établissements du GHT. Dans un registre analogue, le droit d'option ouvert par la loi du 24 juillet 2019 pour élaborer un programme pluriannuel d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques de GHT peut constituer à la fois un élément de négociation de la « *reprise de dette* » et un moyen de fédérer une stratégie d'investissement territoriale soutenable.

Le GHT ne peut cependant être le cadre exclusif de concertation à l'échelle du territoire sur la mesure, d'autant que certains établissements publics ont obtenu une dérogation pour ne pas faire partie d'un GHT⁸⁹. De plus, la définition d'engagements relatifs à l'offre de soins peut nécessiter, parallèlement à la concertation avec les EPS, des échanges avec le secteur médico-social, le secteur de l'hospitalisation privée ou la médecine de ville.

Proposition n° 14 : Impliquer les GHT dans la concertation sur les actions à inscrire aux contrats entre établissements et ARS, notamment celles relevant directement des compétences du GHT. Favoriser autant que possible l'exercice des droits d'option : programme pluriannuel d'investissement et plan global de financement pluriannuel de GHT notamment, voire négociation d'un contrat collectivement signé.

3.3.1.3. L'instauration d'un cadre contractuel spécifique entre les ARS et les EPS

Comme annoncé par le Gouvernement, la « *reprise de dette* » s'intégrera à un cadre contractuel. Ce contrat comprendra :

- ◆ le montant total d'aide accordé au titre de la mesure ;
- ◆ l'échéancier de versements, déterminé sur la base du rythme d'amortissement de la dette de l'établissement ;
- ◆ les engagements de l'établissement, sur au moins l'un des trois axes de la mesure ;

⁸⁶ 80% de GHT ont un comité médical, 20% une commission médicale qui sera obligatoire au 1^{er} janvier 2021.

⁸⁷ Cf *Infra*. Même si ce sujet ne fait pas consensus dans tous les GHT, la présentation de candidatures groupées dans le cadre des GHT au programme Hop'en montre une avancée significative qui traduit la nécessité de considérer le GHT comme un acteur incontournable des évolutions de l'offre hospitalière de soins.

⁸⁸ Une évolution se dessine dans ce sens avec la possibilité d'un CPOM de GHT signé par le directeur de l'établissement support mais le décret d'application est en cours de rédaction pour une publication envisagée dans l'été 2020.

⁸⁹ En application de la loi du 26 janvier 2016, concernant 19 autres établissements, dont 1 CHU et 11 établissements publics de santé mentale.

Rapport

- ◆ les dispositions nécessaires à la compatibilité de la mesure avec l'encadrement des aides d'État conformément à la décision SIEG de 2012 (cf. 3.1.1.1), pour lesquelles il a été proposé qu'un contrat-type soit préparé à l'attention de l'ensemble des ARS ;
- ◆ les indicateurs de suivi : en nombre réduit, ils pourront appartenir aux registres financier, médico-économique ou de la démarche qualité. Ils devront aussi faciliter la consolidation au niveau régional des résultats de la mise en œuvre des contrats, dans la perspective du suivi qui sera réalisé avec le niveau national.

Le cadre contractuel de droit commun entre chaque établissement et l'ARS qu'est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) aurait pu sembler adéquat pour intégrer, par voie d'avenant, ces diverses dispositions. En effet, la « reprise de dette », mesure pluriannuelle, assortie d'objectifs de transformation de l'offre de soins et de moyens de financement pourrait s'inscrire dans ses annexes stratégie et financement⁹⁰. Cependant **l'utilisation du cadre du CPOM est rendue délicate par la réforme en cours de son cadre réglementaire⁹¹, qui entrerait en vigueur en 2023**, soit deux ans après la contractualisation liée à la mesure. Cela impliquerait la signature d'un avenant au CPOM actuel pour une durée de deux ans, puis sa reprise dans le CPOM futur conclu pour cinq ans, ce qui pourrait être préjudiciable à la clarté du dispositif et au suivi des engagements conclus.

La création d'un cadre contractuel *ad hoc* semble donc préférable. Celle-ci relève d'une disposition législative qui doit donc être intégrée dans la loi instaurant le mécanisme. Un décret devra définir le contenu et la durée du contrat⁹², ainsi que les modalités de son évaluation annuelle et les pénalités en cas de non-respect des engagements souscrits en contrepartie des crédits attribués. En outre, une mention de ce contrat spécifique sera nécessaire dans le CPOM de l'établissement⁹³. Il est à noter que ce contrat devrait être rendu public pour toutes les reprises dont le montant dépasse 15 M€, au titre des exigences européennes (cf. 3.1.1.2.3).

Proposition n° 15 : Créer par une mesure législative et des dispositions réglementaires un contrat spécifique de « reprise de dette », conclu entre ARS et établissements publics de santé. Ce contrat qui définit les engagements des parties, les modalités de suivi de leur réalisation et les pénalités encourues en cas de non-respect, est distinct du CPOM mais lui est annexé.

3.3.1.4. Une intégration des objectifs régionaux au CPOM État-ARS et à la lettre de mission des directeurs généraux d'ARS semble pertinente

Le CPOM État-ARS a pour objet de « définir les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé »⁹⁴.

L'impact sur le CPOM État-ARS de la contractualisation liée à la mesure sera double :

- ◆ le refinancement de la dette aura un effet sur l'indicateur de taux de marge brute régional, dont il s'agira donc de revoir les valeurs cibles ;

⁹⁰ Les représentants des parties au contrat n'ont pas exprimé de réserves, qu'il s'agisse du collège des DG d'ARS, de la FHF ou des conférences de directeurs et de présidents de commissions médicales d'établissement.

⁹¹ La loi du 24 juillet 2019 habilite le gouvernement à prendre une ordonnance visant à « alléger les procédures, les formalités et les modalités selon lesquelles les agences régionales de santé exercent leurs compétences ». À ce titre est engagée notamment une concertation sur la simplification du CPOM et un décret est en cours de rédaction.

⁹² Sachant que la durée des versements est prévue pour 15 ans mais que les engagements ne seraient formellement suivis que sur 5 ans.

⁹³ Article D 6114-2 du CSP résultant du décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux CPOM

⁹⁴ Article L 1433-2 du code de la santé publique.

Rapport

- ♦ il est proposé que chaque CPOM soit revu en intégrant *a minima* un indicateur lié à la mesure, qui pourra être adapté aux spécificités de la région : évolution de la dette, indicateur relatif aux transformations (dossier patient informatisé dans tous les GHT...).

En cohérence avec la modification du CPOM, **le secrétariat général inscrira un objectif relatif à la mesure de refinancement de la dette dans les lettres de mission des directrices et directeurs généraux d'ARS** qui servent de base à leur évaluation annuelle.

Proposition n° 16: Intégrer un indicateur relatif au refinancement de la dette hospitalière dans les CPOM État-ARS et modifier en cohérence les lettres de mission annuelles des directrices et directeurs généraux d'ARS.

3.3.1.5. La définition d'un calendrier de concertation et de négociation adapté à des objectifs ambitieux est un élément clé de la réussite de la contractualisation.

3.3.1.5.1. La communication d'une première estimation des « taux socle » et des enveloppes de modulation régionale serait possible dès le printemps, comme premier signal de lancement de la mesure

Malgré le défaut d'exhaustivité des données relatives aux aides à l'investissement (cf. 2.1.1) afin d'ancrer la volonté de mettre en œuvre la mesure de « *reprise de dette* » quel que soit le report de sa mise en œuvre effective, **la mission maintient l'objectif initialement envisagé d'une détermination au printemps 2020 des enveloppes régionales, simultanément à la communication aux établissements d'un taux de reprise « socle », et de la transmission d'une instruction sur les modalités de répartition et contractualisation.**

Sur ces bases, la préparation des contrats pourrait être engagée, dès que la sortie de l'état d'urgence sanitaire et sa gestion le permettraient. En effet, même si la fiabilisation des données indispensables au calcul du montant définitif de la « *reprise de dette* » est par nécessité actuellement suspendue, cette suspension ne fait pas en elle-même obstacle à l'**engagement au début du second semestre 2020 des discussions préalables à la conclusion des contrats.**

3.3.1.5.2. Il s'agit ensuite de garantir, dès que la fin de la crise liée au Covid-19 le permettra, une période de six mois minimum pour permettre à la concertation et à la négociation d'aboutir à des contrats porteurs d'une ambition partagée

La période de six mois prévue pour la négociation d'ensemble paraît incompressible pour donner au contrat des bases et un contenu solides, indissociables d'engagements clairs. Le cahier des charges de cette négociation doit en effet englober et conjuguer de nombreux objectifs en nombre et en importance variables selon les établissements. La définition des engagements de transformation est la plus complexe car elle se décline à la fois dans l'organisation interne de chaque établissement et à l'échelle des territoires.

Rapport

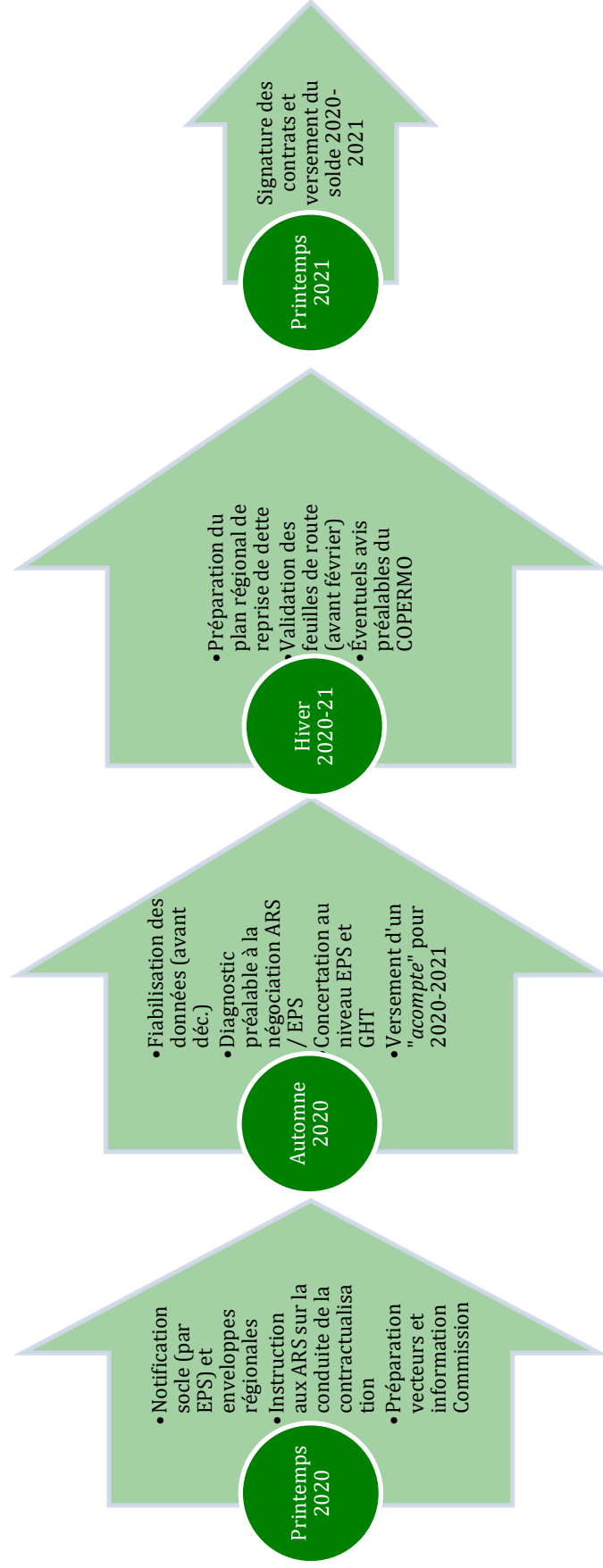
Dans ce contexte, **la mission préconise que la négociation porte sur les activités dont l'organisation de la gradation des soins justifie une modification d'implantation, indépendamment des modifications réglementaires qui pourront nécessiter ultérieurement de nouvelles mesures.** En effet, l'implantation des activités de soins dépend d'un régime d'autorisations dont la révision est en cours⁹⁵ et peut modifier, au moins en partie, les données. Celle-ci se poursuivra en application des dispositions réglementaires à venir dans le cadre des CPOM d'établissements⁹⁶ ou de CPOM de GHT⁹⁷.

⁹⁵ Une réforme des autorisations d'activités de soins, en cours d'élaboration débouchera sur un nouveau cadre réglementaire avec révision éventuelle des seuils d'activité et des conditions techniques de fonctionnement qui ne seront pas nécessairement arrêtés et opposables dans ce délai.

⁹⁶ Le CPOM recense en effet les autorisations d'activités de soins de chaque établissement de santé.

⁹⁷ L'article L6132-5-1 du CSP prévoit également que les établissements d'un GHT peuvent être autorisés à «conclure avec l'agence régionale de santé, par dérogation à l'article L. 6114-1 et au 1° de l'article L. 6143-7, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement. Un projet de décret d'application de cette disposition est en cours d'élaboration).

Figure 1 : Calendrier de préparation de la contractualisation support de la « reprise de dette »



3.3.2. Le mécanisme de conditionnalité et de suivi de la mesure doit articuler visibilité pour les établissements et contrôle du respect des engagements

3.3.2.1. Les leviers visant à garantir la mise en œuvre des contreparties doivent être efficaces sans remettre en cause la certitude de l'engagement financier

Le contrat de reprise de dette s'inscrira dans un cadre d'engagements réciproques ;

- ◆ de la part de l'ARS, qui s'engage à arrêter chaque année une aide au refinancement de la dette suivant un échéancier déterminé ;
- ◆ de la part de l'établissement, qui s'engage à atteindre un ou plusieurs objectifs identifiés dans le contrat.

Le respect des objectifs pourrait être garanti sous plusieurs formes (cf. tableau 4), certaines devant être exclues d'emblée :

- ◆ conditionner intégralement le versement annuel de l'aide au respect des engagements remettrait en cause la capacité des hôpitaux à comptabiliser à leur bilan le refinancement de leur dette et serait contraire aux annonces du Gouvernement⁹⁸ [option 4] ;
- ◆ à l'opposé, une contractualisation ne prévoyant aucun levier spécifique ne permettrait pas de s'assurer de la réponse aux objectifs de la mesure, les outils de sanction existants ne pouvant garantir à eux seuls une pleine efficacité [option 0] ;
- ◆ enfin, une conditionnalité portant sur des tranches⁹⁹ d'engagement, séquencées par exemple sur trois années, en ne comptabilisant fermement qu'une première tranche, et soumettant l'engagement des tranches suivantes à la réalisation d'objectifs, ne paraît pas pleinement satisfaisante car elle imposerait d'évaluer les EPS à un horizon de temps réduit, faisant porter la conditionnalité sur des objectifs de court terme alors que la mesure est pensée pour encourager des restructurations sur le long terme [option 3] ;

Dès lors, il s'agit d'identifier des options permettant de combiner, d'une part, le souhait d'un effet immédiat au bilan des établissements, et, d'autre part, la volonté de disposer de leviers garantissant effectivement le respect des engagements des établissements :

- ◆ **une conditionnalité portant principalement sur des leviers *ad hoc***, à créer, ne remettant pas en cause l'engagement ferme au refinancement de la dette, et s'ajoutant à ceux déjà existants : pénalités financières sur les produits Assurance maladie, reprises de crédits sur les dotations en FIR ou en AC, qu'ordonnent les ARS¹⁰⁰ et, en complément, possibilité de suspension temporaire du versement de l'aide¹⁰¹ [option 1] ;
- ◆ **une conditionnalité portant sur le versement d'une part de l'aide** (20 % par exemple), en distinguant :
 - un engagement ferme à une part des versements, qui pourrait être comptabilisé immédiatement (par exemple, 80 % du montant total contractualisé avec l'ARS) ;

⁹⁸ Pour mémoire, les lignes directrices validées en interministériel en décembre 2019 précisent que « *l'engagement de reprise aura une traduction comptable immédiate au bilan des établissements, en allégeant leur bilan à la hauteur du montant de la dette reprise chaque année d'ici à 2022* ».

⁹⁹ « *Tranche d'engagement* » étant entendu comme une part du montant total d'engagement prévu au titre de la mesure de « *reprise de dette* » pour chaque établissement.

¹⁰⁰ Par ailleurs, ces autres leviers pourraient éventuellement être activés de manière complémentaire dans les scénarios suivants (2 et 3).

¹⁰¹ Cette suspension ne pouvant toutefois qu'être temporaire, pour ne pas remettre en cause la certitude de la créance de l'établissement sur l'organisme financeur de la mesure, ce qui réduit sa portée.

Rapport

- un engagement conditionnel, impliquant, qu'une part donnée de chaque versement annuel (par exemple, 20 %) est conditionnée au respect des objectifs (80 % étant garantis)¹⁰² et ce, par exemple, sur une durée, raisonnable, de cinq ans.

Proposition n° 17 : Créer les leviers de conditionnalité visant à garantir le respect des engagements contractualisés dans le cadre de la mesure, avec deux modèles possibles : (i) des leviers *ad hoc* comme des pénalités financières ou des possibilités de reprises sur dotations ; (ii) conditionner une part donnée (20 %) de chacun des versements annuels, avec une revue finale au bout de cinq ans statuant sur les montants restant à verser.

¹⁰² Alternativement, la part conditionnelle pourrait être versée à l'issue d'une durée déterminée, les derniers versements étant conditionnés au respect des objectifs contractualisés. S'il aurait pu être séduisant de cibler alors le versement du solde prévu pour couvrir les années après N+15, cette distance semble lointaine de la contractualisation et le montant du solde, qui dépend du rythme d'amortissement de la dette de chaque EPS, serait très hétérogène (voir nul pour près de 20 % des EPS qui auront déjà fini de rembourser leur dette).

Tableau 4 : Modèles de conditionnalité qu'il pourrait être envisagé d'associer à la contractualisation de la « reprise de dette »

Modèle	(0) Engagement ferme sur 100 % de la reprise avec leviers existants	(1) Engagement ferme sur 100 % de la reprise avec leviers <i>ad hoc</i>	(2) Engagement en trois fois soumis à conditionnalité	(3) Engagement ferme sur une part seulement de la reprise	(4) Versements annuels soumis à conditionnalité
Lever de respect des engagements	<p>Activation des leviers existants de l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> intégration des objectifs au CPOM et modalités d'évaluation (pénalités) du CPOM intégration aux objectifs et à l'évaluation annuelle du DH 	<p>Possibilité de suspension du versement (bornée dans le temps pour ne pas remettre en cause l'engagement)</p> <p>Leviers à créer :</p> <ul style="list-style-type: none"> pénalités financières sur les produits Assurance maladie (cf. CAQES) reprise de crédits sur les dotations en FIR ou en AC leviers existants (option 0) 	<p>Choix d'engager (ou non) le reste de la mesure en années N+1 et N+2</p> <p>+ éventuellement leviers de l'option (1) pour les années N+3 et suivantes</p> <p>+ leviers existants (option 0)</p>	<p>Déboursement de la tranche conditionnelle chaque année en fonction de l'atteinte des objectifs (réputés atteints en année N, voire en année N+1)</p> <p><i>Alternative</i> : engagement de la tranche conditionnelle en une fois, après vérification de l'atteinte des objectifs (en N+3 par exemple)</p> <p>+ leviers existants (option 0)</p>	<p>Versements annuels (qui doivent être ordonnancés par l'ARS)</p> <p>+ leviers existants (option 0)</p>
Modalités de contractualisation	<p>Engagement en année N pour l'ensemble de la mesure de reprise</p>	<p>Engagement en année N pour l'ensemble de la mesure de reprise</p>	<p>Engagement en trois tranches fermes</p> <ul style="list-style-type: none"> 1/3 de la mesure en année N 1/3 chacune des deux années suivantes, si objectifs respectés 	<p>Engagement en année N</p> <ul style="list-style-type: none"> ferme pour une part (80 % ?) conditionnel, en fonction du respect des engagements (20 % ?) 	<p>Engagement en année N, pour des versements conditionnés au respect des engagements (durée à définir)</p>
Avantages	<p>Effet visible au bilan des EPS dès l'année N pour l'intégralité de la mesure (allègement du profil de risque, facilitant l'accès au financement ou à la renégociation de la dette)</p>	<p>Effet visible au bilan des EPS dès l'année N pour l'intégralité de la mesure (allègement du profil de risque, facilitant l'accès au financement ou à la renégociation de la dette)</p>	<p>Effet comptable maximum atteint en 3 ans</p> <p>Éléments de conditionnalité directs les deux premières années de mise en œuvre de la mesure</p>	<p>Effet visible au bilan des EPS dès l'année N pour la part ferme</p> <p>Tout en garantissant un levier d'action direct en cas de non-respect des engagements</p>	<p>Capacité de levier maximale de l'ARS sur la réalisation des objectifs</p>
Inconvénients	<p>Marges d'action pour assurer le respect des engagements limitées (cf. mise en œuvre des CPOM)</p>	<p>Lever d'action indirect (non lié à la mesure) en cas de non-respect des engagements</p>	<p>Lisibilité de la mesure à court terme + fort risque de mauvaise réception</p> <p>Possibilité d'évaluer le respect des engagements au bout d'un an limitée</p> <p>Lourdeur d'une répétition de la procédure de contractualisation pendant 3 ans</p> <p>Passées les 2 premières années, leviers de conditionnalité seulement indirects</p>	<p>Peu lisible (d'autant que la mesure pourrait déjà être scindée en une part « pré-fléchée » pour tous les EPS et une part de modulation individualisée)</p> <p>Difficile à anticiper dans la durée pour l'organisme financeur</p> <p>Remet en cause pour la part conditionnelle la visibilité au bilan</p>	<p>Contradiction avec lettre PM à FHF + Fort risque de mauvaise réception</p> <p>Impossibilité de comptabiliser la mesure au bilan (hors bilan)</p>
Conditions de réussite	<p>Réelle mobilisation par les ARS des outils existants</p>	<p>Formuler précisément les leviers que l'ARS activera en cas de non-respect des engagements (ex. format des pénalités, montant : plancher/plafond ?)</p>	<p>Incontestabilité du respect des objectifs</p>	<p>Part ferme prédominante sauf à remettre en cause les annonces</p> <p>Discours clair sur l'articulation entre ferme/conditionnelle - socle/modulation</p>	<p>Incontestabilité du respect des objectifs (encore davantage que dans les autres options)</p>

3.3.2.2. Le suivi du respect des engagements doit s'inscrire dans les dialogues de gestion des hôpitaux avec leur ARS, et des ARS avec le CNP

S'il paraît souhaitable de réaliser une évaluation annuelle du respect des engagements de chaque EPS bénéficiaire pendant au moins cinq ans, ce suivi devra faire partie intégrante du dialogue de gestion de chaque EPS avec son ARS. Il s'agit en effet de s'assurer de la cohérence des objectifs assignés à l'établissement, d'intégrer cette analyse à celle plus globale de la performance de l'établissement et d'éviter autant que possible de surcharger le processus d'évaluation.

Un cas particulier se présente avec les établissements suivis par le COPERMO au titre de leurs difficultés financières ou d'investissements d'envergure. Puisqu'ils font à ce titre l'objet d'une évaluation annuelle, et que la mesure devrait avoir un impact sur leurs ratios financiers, leur stratégie d'investissement et d'évolution de l'offre, le respect des engagements pris au titre de la « *reprise de dette* » doit figurer dans la revue par le COPERMO.

Enfin, les évaluations des directeurs des EPS concernées devront intégrer la revue des objectifs définis dans le cadre de la « *reprise de dette* » de l'établissement.

La mise en œuvre de la mesure par chaque ARS doit aussi bénéficier d'un suivi intégré au dialogue de gestion mené par le CNP, devant lequel l'ARS devra rendre compte :

- ◆ de l'atteinte par les établissements des objectifs poursuivis dans le cadre des contrats de « *reprise de dette* », au travers d'un tableau synthétique de suivi, qui répertorie les éléments de conditionnalité activés en cas de non-respect des engagements ;
- ◆ d'un suivi spécifique de l'évolution de l'endettement des EPS de la région, et notamment en cas d'évolution à la hausse de la dette d'un établissement déjà surendetté¹⁰³ ;
- ◆ de la mise en œuvre globale des objectifs régionaux validés dans la feuille de route régionale et intégrés au CPOM État-ARS.

Ce dernier point devra aussi figurer à l'évaluation annuelle des directeurs généraux d'ARS.

Également, il paraît nécessaire de prévoir une information du Parlement sur la mise en œuvre de la mesure, aussi bien sur son impact financier et comptable que sur la mise en œuvre par les établissements des engagements pris dans le cadre des contrats, pour une durée d'au moins cinq ans.

Enfin, afin de nourrir ces évaluations et faciliter le travail de consolidation à l'échelon régional, il pourra être envisagé d'adapter les collectes de données aujourd'hui réalisées (ODT, ANCRE).

Proposition n° 18 : Intégrer la revue des engagements fixés dans le contrat de « *reprise de dette* » au dialogue de gestion annuel EPS-ARS et au suivi COPERMO et incorporer ces objectifs à l'évaluation annuelle des directeurs d'établissement. Évaluer la mise en œuvre par l'ARS des objectifs définis dans la feuille de route régionale dans le cadre du dialogue de gestion avec le CNP.

¹⁰³ D'après les critères réglementaires du surendettement, définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

3.3.2.3. La surveillance de la dette des EPS pourrait être améliorée, notamment par une meilleure coordination entre ARS et services de la DGFIP et un partage des bonnes pratiques, ainsi que par une meilleure lisibilité comptable des aides

Le processus de surveillance des établissements surendettés instauré en 2011 (cf. 1.1.1)¹⁰⁴ pourrait être plus efficace. S'il n'est pas possible à ce stade de dresser de bilan de ce mécanisme, l'augmentation globale au cours des dernières années de la dette des 40 % d'EPS considérés comme surendettés en 2018 (+ 22 % depuis 2015), interroge sur sa capacité à limiter le risque de surendettement.

Pour autant, des compétences de conseil financier couvrant le secteur hospitalier sont entretenues au sein de la direction générale des finances publiques (DGFIP)¹⁰⁵. Pour mettre au mieux à profit ces compétences ainsi que les données remontées par les comptables publics, pourrait par exemple être envisagée la création d'un cadre de travail conjoint entre ARS et DRFiP consacré au suivi la dette hospitalière, sur le modèle de l'action des comités régionaux de veille active sur les situations de trésorerie (COREVAT).

Également, la diffusion de bonnes pratiques déjà engagées par certaines ARS pourrait contribuer à améliorer la gestion de leur dette des EPS. À titre d'exemple, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a développé des outils visant à professionnaliser le recours à l'emprunt des établissements, dont elle évalue l'effet à 20 à 40 M€ d'emprunts évités par an entre 2018 et 2020 et une économie réalisée sur les frais financiers de 1 à 2 M€ par an.

Proposition n° 19 : Dresser un bilan du processus de surveillance du surendettement mis en place par le décret du 14 décembre 2011 et évaluer la pertinence de la création de comités de suivi de la dette à l'échelon régional, associant ARS et DRFiP. Recenser et partager les bonnes pratiques en la matière déjà en place dans certaines régions.

Un point d'attention particulier concernant le suivi de la situation financière et en particulier de l'endettement des hôpitaux est celui des aides dont ils bénéficient. En effet, pour distinguer les fondamentaux financiers de l'établissement, l'analyse financière exige une parfaite visibilité sur les aides reçues, de deux ordres :

- ◆ d'une part, les aides à l'emprunt, évoquées *supra*, car elles diminuent de fait le coût du service de la dette : il s'agit d'en tenir compte afin d'évaluer le poids réel de l'endettement pour l'établissement ; or il n'existe aujourd'hui aucun suivi coordonné au niveau national ni même, dans plusieurs cas, au niveau régional, de ces aides annuelles, pourtant reconduites pour plusieurs décennies pour certaines ;
- ◆ d'autre part, les aides en trésorerie, qui interviennent de façon plus ponctuelle pour soutenir des établissements en difficulté financière et contribuent à une amélioration faciale du taux de marge brute ; c'est pour cette raison qu'est utilisée, par exemple par le COPERMO, une version modifiée de cet indicateur, le « *taux de marge brute non aidée* », qui déduit l'effet des aides en trésorerie ; mais il n'existe pas de définition officielle de cet indicateur et aucune base de données ne consolide ces aides.

Si la DGFIP réalise chaque année un travail de consolidation des comptes financiers des EPS, constituant une base de données particulièrement fiable, ces derniers ne permettent pas d'identifier les aides à l'emprunt ni les aides en trésorerie de manière spécifique.

Proposition n° 20 : Introduire dans le plan comptable hospitalier (instruction M21) des rubriques dédiées permettant d'identifier, d'une part, les aides à l'emprunt et, d'autre part, les aides en trésorerie, dont bénéficient chaque année les EPS.

¹⁰⁴ Soit ceux répondant à deux des trois critères établis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, introduits par 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.

¹⁰⁵ Notamment au travers du pôle national de soutien au réseau (PNSR) de Montpellier.

Synthèse des propositions

Proposition n° 1 : Définir, pour chaque EPS, l'assiette de dette éligible à la mesure de « reprise » comme la somme des échéances en capital et en intérêts dues à fin 2019, hors emprunts souscrits au titre d'un EHPAD ou d'une USLD, de laquelle sont déduites les aides à l'emprunt restant à percevoir à partir de 2020.

Proposition n° 2 : Définir, pour chaque EPS, un échéancier de versement sur 15 ans de l'aide, qui reproduise le rythme d'amortissement de ses emprunts éligibles à la reprise à fin 2019. Si la dette n'est pas éteinte après 2034, l'année 2035 verra le versement en une fois du solde de l'aide restant due au titre de la mesure. Réserver la possibilité de définir un échéancier simplifié (dont le montant annuel serait la division du montant total par les 15 années de versement) à l'hypothèse où le travail d'individualisation de l'échéancier par les ARS ne serait pas possible dans les délais.

Proposition n° 3 : Dans le contexte de crise liée au Covid-19, tenir compte des conditions de marché pour déterminer la date et le montant de la première tranche de versement de trésorerie à l'Acoss par la CADES au titre de la mesure, devant correspondre *a minima* aux versements au titre des années 2020 et 2021 (borne haute à 2,5 Md€). Envisager, en fonction de la trésorerie de l'Acoss, le versement d'un « acompte » aux EPS dès l'automne 2020 (350 M€ selon le scénario central de la mission).

Proposition n° 4 : Prévoir dans chacun des contrats de « reprise de dette » des actions répondant à au moins un des objectifs majeurs de la mesure. Prévoir une gradation des engagements financiers selon l'ambition des actions inscrites au contrat.

Proposition n° 5 : Utiliser la mesure de refinancement de la dette comme levier pour accélérer la mise en œuvre des projets régionaux de santé au travers des engagements inscrits au contrat ARS-EPS selon les axes suivants : (i) mutualisations et recompositions au sein des GHT, le cas échéant par une révision des projets médicaux partagés et investissement dans le numérique en santé ; (ii) amélioration de la situation financière, désendettement, professionnalisation de la gestion et respect de la réglementation ; (iii) investissement courant et qualité de vie au travail, hors créations d'emplois.

Proposition n° 6 : Préparer des contrats-types à annexer à l'instruction de cadrage aux ARS pour la mise en œuvre de la mesure.

Proposition n° 7 : Assurer que le taux de reprise accordé à chaque EPS soit inférieur à la part de ses produits attribuables au SIEG en moyenne sur 2016 à 2018, en définissant pour chacun d'eux un « taux de reprise plafond » sur cette base.

Proposition n° 8 : Centrer la formulation de la mesure de « reprise de dette » sur l'objectif de transformation de l'offre de soins hospitalière publique, de préférence dans une loi non financière. En avoir informé en amont la Commission européenne.

Proposition n° 9 : Privilégier de façon générale les critères de l'encours de dette retraité et du taux de CAF nette dans la répartition de la tranche « socle ». Ne leur associer éventuellement le taux de vétusté des équipements que dans l'hypothèse d'un « socle renforcé » dont l'objectif serait de favoriser les établissements de petite taille.

Proposition n° 10 : Privilégier les scénarios de « socle minimal » (10 % du total) ou de « socle intermédiaire » (20 %), qui préservent l'efficacité de la modulation régionale. En cas de mobilisation d'un « acompte » dès l'autonomie 2020, basé uniquement sur le socle, privilégier l'option intermédiaire.

Proposition n° 11 : Cadrer la répartition par les ARS de leur enveloppe régionale, en listant notamment les critères pouvant être mobilisés pour justifier « au premier euro » la modulation accordée à chaque EPS, soit au titre de l'ambition de ses engagements, soit en raison de sa situation particulière. Répartir les enveloppes de modulation régionale selon la somme des produits hospitaliers de chaque région.

Rapport

Proposition n° 12 : Fixer le cadrage national de la mise en œuvre de la mesure dans une instruction aux ARS et aux EPS au printemps 2020, intégrant notamment les modalités de répartition. Demander aux ARS de transmettre au niveau national une proposition de feuille de route pour validation au CNP (associant la DGFIP) en février 2021 au plus tard, qui présente la déclinaison de la stratégie nationale, les priorisations et les objectifs pour les établissements de la région.

Proposition n° 13 : Engager dans chaque établissement une large démarche d'information et de concertation sur les objectifs de la « *reprise de dette* », les réalisations souhaitées avec les moyens alloués et les engagements à prendre en contrepartie de ces moyens. Proposer au directoire un plan d'action bâti sur ces quatre points, après avis des instances représentatives des personnels, et en informer le conseil de surveillance.

Proposition n° 14 : Impliquer les GHT dans la concertation sur les actions à inscrire aux contrats entre établissements et ARS, notamment celles relevant directement des compétences du GHT. Favoriser autant que possible l'exercice des droits d'option : programme pluriannuel d'investissement et plan global de financement pluriannuel de GHT notamment, voire négociation d'un contrat collectivement signé.

Proposition n° 15 : Créer par une mesure législative et des dispositions réglementaires un contrat spécifique de « *reprise de dette* », conclu entre ARS et établissements publics de santé. Ce contrat qui définit les engagements des parties, les modalités de suivi de leur réalisation et les pénalités encourues en cas de non-respect, est distinct du CPOM mais lui est annexé.

Proposition n° 16 : Intégrer un indicateur relatif au refinancement de la dette hospitalière dans les CPOM État-ARS et modifier en cohérence les lettres de mission annuelles des directrices et directeurs généraux d'ARS.

Proposition n° 17 : Créer les leviers de conditionnalité visant à garantir le respect des engagements contractualisés dans le cadre de la mesure, avec deux modèles possibles : (i) des leviers *ad hoc* comme des pénalités financières ou des possibilités de reprises sur dotations ; (ii) conditionner une part donnée (20 %) de chacun des versements annuels, avec une revue finale au bout de cinq ans statuant sur les montants restant à verser.

Proposition n° 18 : Intégrer la revue des engagements fixés dans le contrat de « *reprise de dette* » au dialogue de gestion annuel EPS-ARS et au suivi COPERMO et incorporer ces objectifs à l'évaluation annuelle des directeurs d'établissement. Évaluer la mise en œuvre par l'ARS des objectifs définis dans la feuille de route régionale dans le cadre du dialogue de gestion avec le CNP.

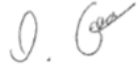
Proposition n° 19 : Dresser un bilan du processus de surveillance du surendettement mis en place par le décret du 14 décembre 2011 et évaluer la pertinence de la création de comités de suivi de la dette à l'échelon régional, associant ARS et DRFiP. Recenser et partager les bonnes pratiques en la matière déjà en place dans certaines régions.

Proposition n° 20 : Introduire dans le plan comptable hospitalier (instruction M21) des rubriques dédiées permettant d'identifier, d'une part, les aides à l'emprunt et, d'autre part, les aides en trésorerie, dont bénéficient chaque année les EPS.

Rapport

À Paris, le 8 avril 2020

L'inspectrice des finances,



Ombeline Gras

L'inspecteur des affaires sociales,



Hervé Léost

L'inspecteur des finances,



Amaël Pilven

L'inspecteur général
des affaires sociales,



Alain Meunier

Avec la participation de
l'assistante de mission,

Loris André

L'inspecteur général
des affaires sociales,



Frédéric Remy

Avec le concours de
l'inspecteur stagiaire du
Pôle Sciences et données,

Charles Payet

Avec la participation de
l'inspectrice générale
des affaires sociales,

Anne Bouygard

Sous la supervision de
l'inspectrice générale des finances,



Frédérique Bredin

PIÈCES JOINTES

LISTE DES PIÈCES JOINTES

PIÈCE JOINTE 1 : SUPPORT DE PRÉSENTATION

PIÈCE JOINTE 2 : LETTRE DE MISSION

PIÈCE JOINTE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

PIÈCE JOINTE 1

Support de présentation



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET
DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET
DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS

Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

2 avril 2020

Inspection générale des affaires sociales • Inspection générale des finances

Une mission aux enjeux très opérationnels

Un travail coordonné avec les administrations

Coordination étroite avec toutes les administrations impliquées dans la mise en œuvre

- DG d'ARS (4 représentants nommés, conférences audio, participation au séminaire, déplacements dans 4 régions)
- CADES, AcoSS, Cnam
- DGOS, DSS, MCP, SG MSS, DAI MSS
- Trésor, DGFIP, DB, CBCM Bercy, DAI MEF (+ SGAE)

- ➔ appui sur les analyses menées par les administrations
- ➔ tests opérationnels des propositions de la mission

Principales remontées de données utilisées par la mission

Source	Base	Analyses mission	EPS retenus
DGFIP	Comptes financiers 2018	Encours de dette, analyses financières	848
DGFIP	Comptabilité 2019	Encours de dette	842
ATI	ODT	Structure des emprunts, montant des annuités	825
ARS	Commande DGOS <i>ad hoc</i> / aides à l'emprunt	Déduction de la dette aidée	655

Plus d'une trentaine d'entretiens extérieurs

Déplacements en région (établissements de toute catégorie, ARS) : Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, PACA, Île-de-France

- ➔ rencontre bilatérale avec une dizaine d'établissements

Rencontres avec la sphère hospitalière

- Conférences des directeurs et présidents de CME des CHU et des CH, et des présidents de CME des CHS (PSY)
- FHF (national et local)

Entretiens avec la sphère financière

- Établissements de crédit publics (SFIL, CDC, BEI, AFD) et privés (> 2/3 de l'encours au total)
- Agence de notation (Fitch)
- Cabinet de conseil en gestion de la dette publique hospitalière (Finance Active)

➔ Conclusions opérationnellement testées

- ➔ **Livrables directement utilisables** par les administrations (ex. notice de fiabilisation des données, simulateur)
- ➔ Interrogations sur la mise en œuvre / **contexte** (cf. fin PPT)

Reprise de la dette des EPS

- Assainissement et reprise de l'investissement, préalables à la transformation**
- Une reprise à portée financière, mais dans un cadre garantissant la transformation**
- Une répartition modulée selon le degré d'engagement de chaque EPS**
- Un contexte de mise en œuvre fortement perturbé par la crise**

Reprise de la dette des EPS

Assainissement et reprise de l'investissement, préalables à la transformation

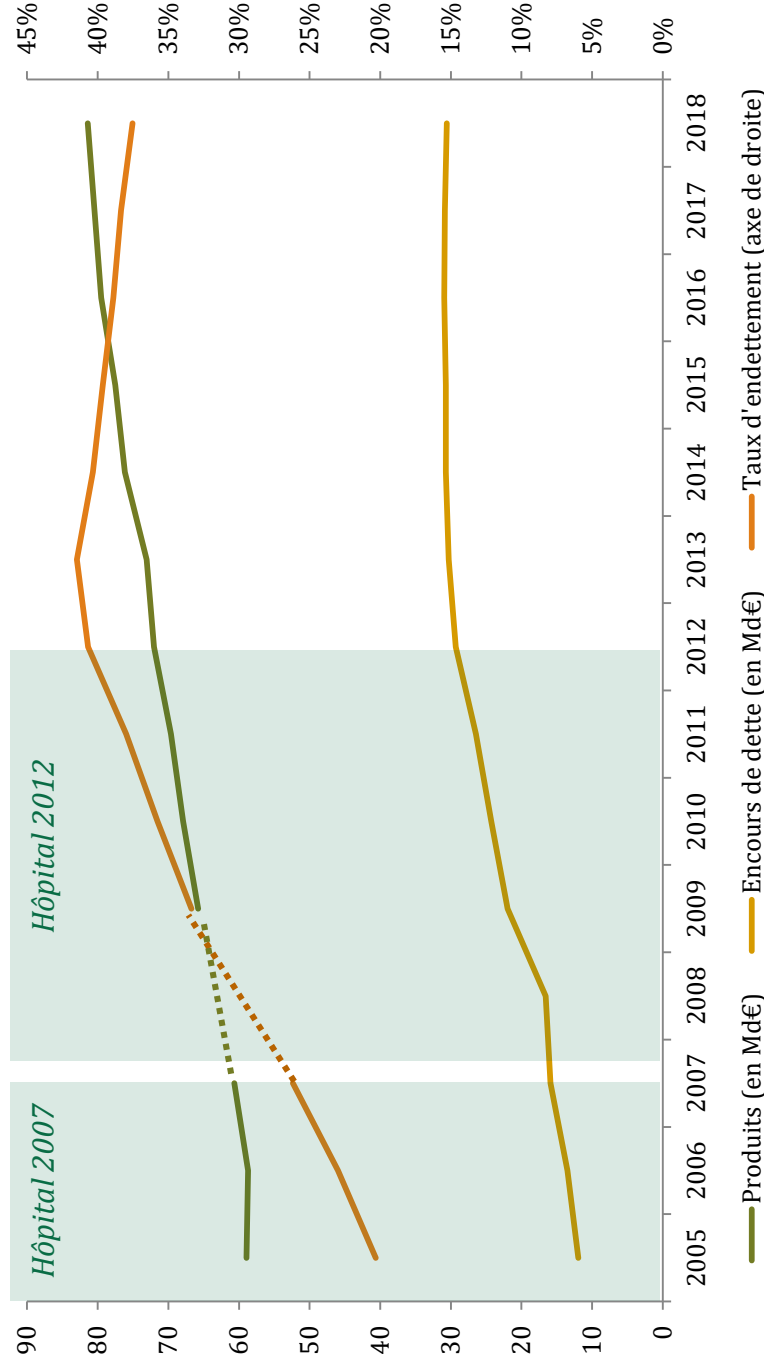
Une reprise à portée financière, mais dans un cadre garantissant la transformation

Une répartition modulée selon le degré d'engagement de chaque EPS

Un contexte de mise en œuvre fortement perturbé par la crise

Un endettement qui reste élevée à 30 Md€

La dette a augmenté de 160 % entre 2005 et 2014 et le taux d'endettement reste supérieur à 35 % depuis



Une dette qui n'est pas toujours bien identifiée :

- en partie **aidée** (~20 % de l'encours)
- comprend une part liée aux activités **médico-sociales** (~ 10 % de l'encours)
- a été externalisée pour une part non connue à des **groupements de coopération sanitaire (GCS)** (~1-2 % de l'encours connu ?)

En conséquence, plus de 40 % d'EPS en surendettement

La situation de surendettement se définit par le cumul d'au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- un **ratio d'indépendance financière** (rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents) supérieur à 50 % ;
- une **durée apparente de la dette** (rapport entre l'encours de dette et la capacité d'autofinancement) supérieure à dix ans ;
- un **encours de dette rapporté au total des produits** supérieur à 30 %

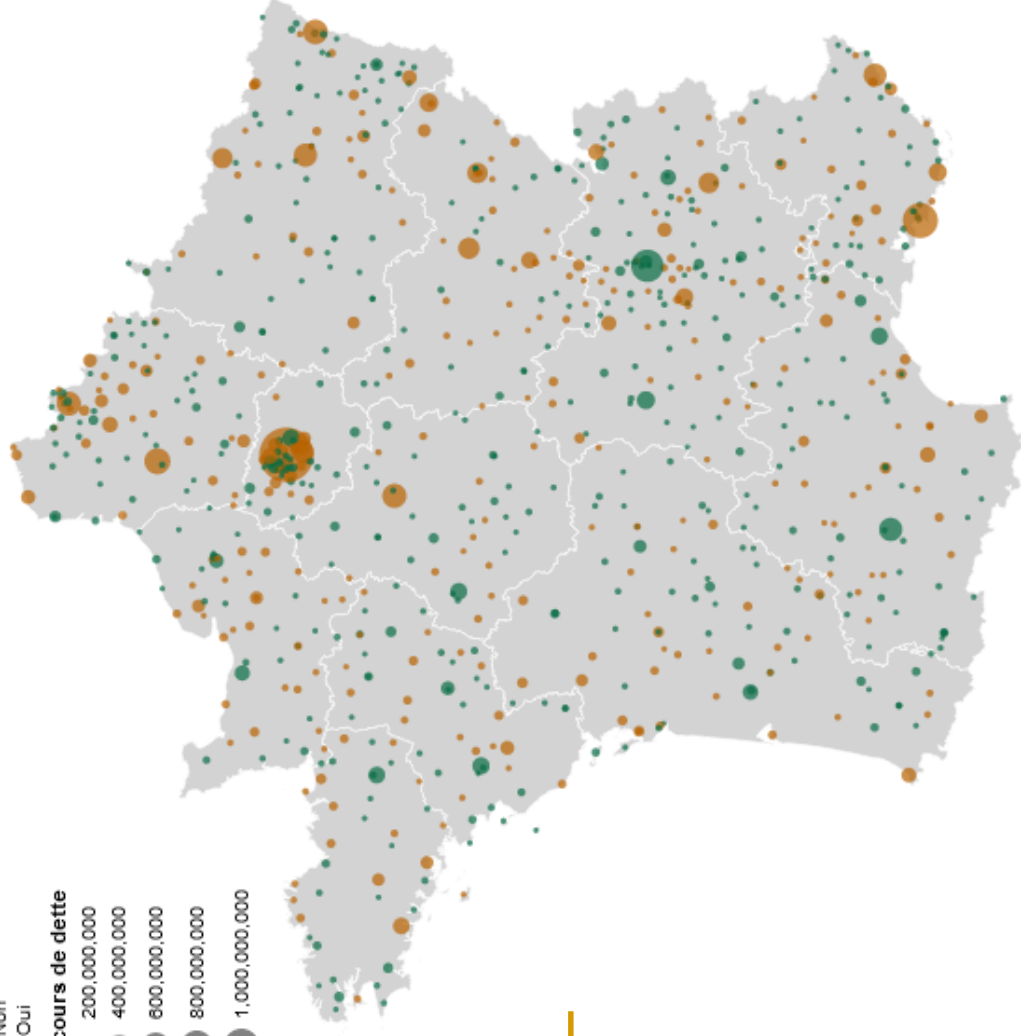
Source : article D. 6145-70 du code de la santé publique.

Surendettement

- Non
- Oui

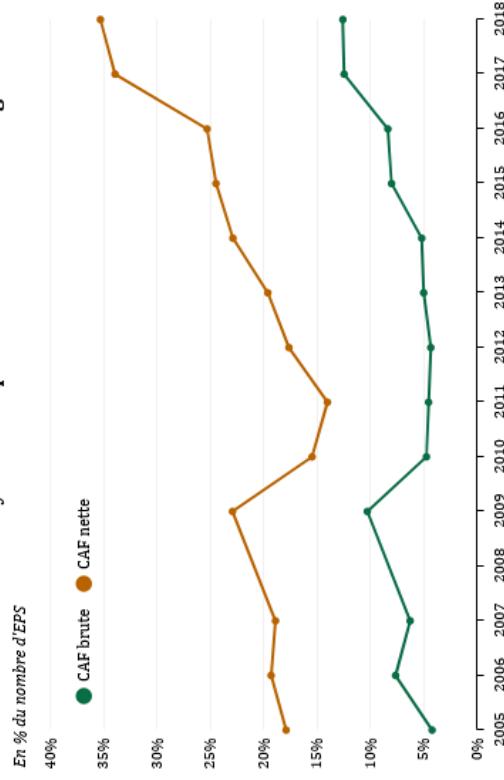
Encours de dette

- 200,000,000
- 400,000,000
- 600,000,000
- 800,000,000
- 1,000,000,000



Et une hausse de l'insuffisance d'autofinancement

Part des établissements ayant une capacité d'autofinancement négative



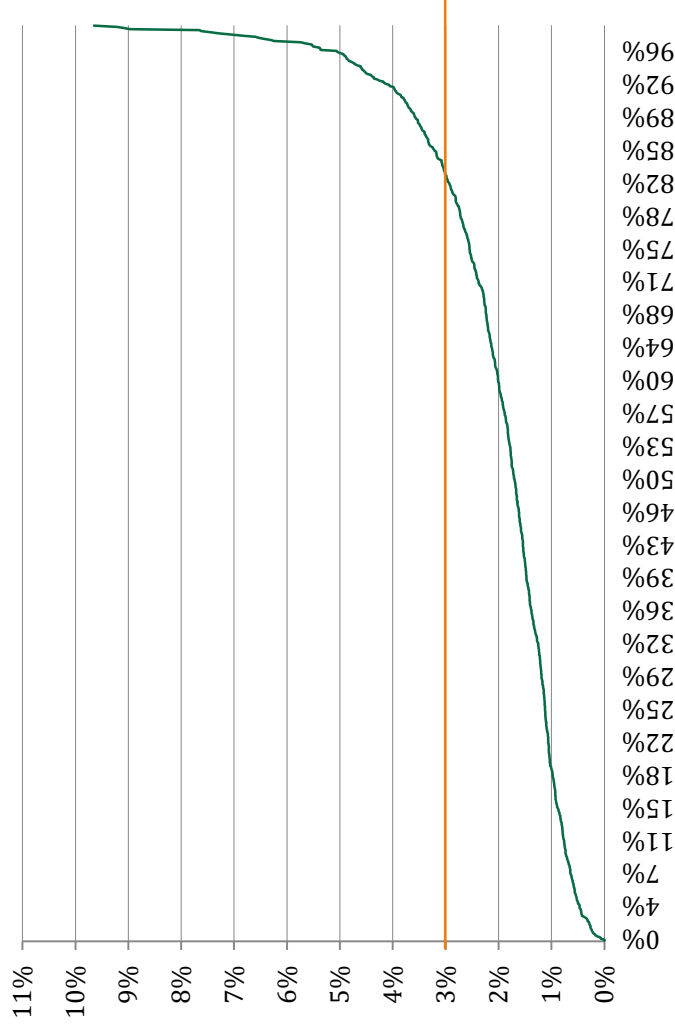
La plupart des EPS sous le seuil incompressible d'I courant

Diagnostic

Investissement courant < seuil de 3 % pour 83 % des EPS

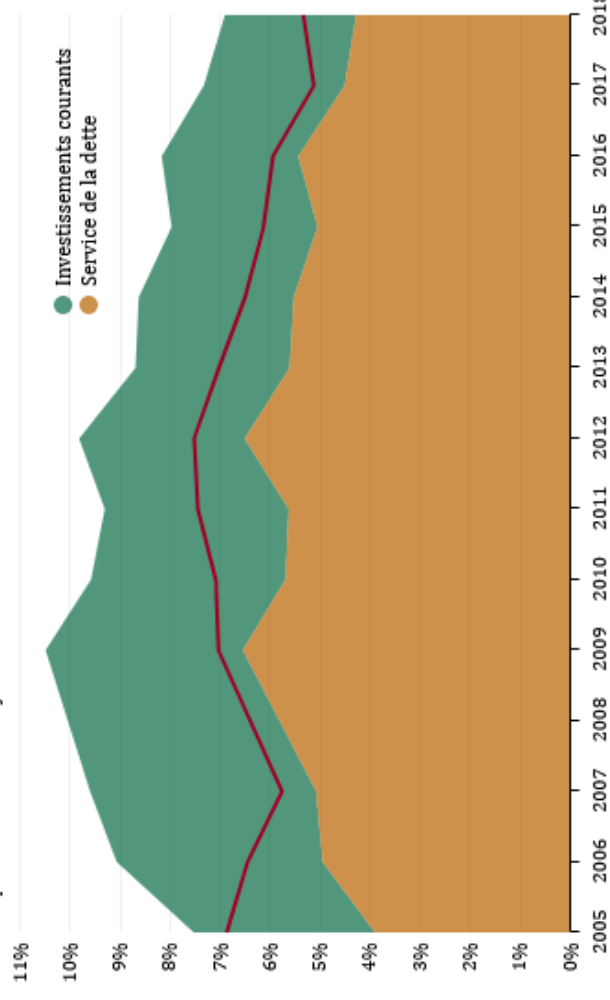
Le service de la dette prédomine sur l'I courant

Distribution de l'investissement courant en % des produits (2018)



Source : comptes financiers 2018, DGFIP, excluant 12 valeurs extrêmes sur 848 EPS.
L'investissement courant est défini comme l'ensemble des dépenses d'investissement hors immobilier lourd.

Emploi de la marge brute
En % des produits courants de fonctionnement



Source : comptes financiers 2005 à 2018, DGFIP.

Un enjeu de recomposition de l'offre qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé

- Une stratégie transversale portée par l'ARS sur l'ensemble de l'offre de soins, traduite dans les projets régionaux de santé (PRS)
 - une logique de parcours entraînant une vision décloisonnée hôpital / ville / médicosocial
 - des objectifs transverses d'accessibilité territoriale, de qualité et de coordination des soins portés par « *Ma santé 2022* »
- Des enjeux de transformation **propres aux établissements de santé** figurant dans les PRS
 - des besoins d'investissement très élevés dans le numérique
 - des objectifs de recomposition de l'offre différents selon les territoires de santé
 - un enjeu de recomposition particulièrement prégnant pour les établissements publics

Une transformation à mener à l'échelle des territoires et groupements hospitaliers de territoire (GHT)

- Un objectif de transformation de l'offre qui recoupe les deux ambitions majeures associées aux GHT :
 - mise en œuvre d'une **stratégie de prise en charge commune et graduée** entre établissements ;
 - **rationalisation de la gestion** par mise en commun ou transfert d'activités entre établissements
- Une **montée en charge des GHT qui pourrait parfois être accélérée** :
 - aménager l'**implantation des activités** en fonction d'un objectif de gradation des soins et de la réforme des autorisations
 - déployer les **schémas directeurs des SI** pour aboutir à la convergence informatique et au dossier patient unique
 - développer les **mutualisations**

La mesure comme levier

- ➔ permettant aux ARS d'accélérer la mise en œuvre de leur projet régional de santé
- ➔ pour accompagner la montée en puissance des GHT

Reprise de la dette des EPS

Assainissement et reprise de l'investissement, préalables à la transformation

Une reprise à portée financière, mais dans un cadre garantissant la transformation

Une répartition modulée selon le degré d'engagement de chaque EPS

Un contexte de mise en œuvre fortement perturbé par la crise

La mesure : un refinancement du service de la dette

Fonctionnement de la « reprise »

Une « reprise de dette » qui consiste plutôt en une couverture d'une part des annuités en capital et en intérêts

- Sur la base de l'échéancier réel de l'amortissement en capital et en intérêts de la dette de chaque EPS
- Couverture des échéances (et non « vraie reprise » : la dette reste au bilan des EPS)
- Estimation du montant total de la mesure avec les intérêts : 13 Md€ (montant exact dépendant de la composition de la reprise)

- **effet sur le bilan** (intégralité de la mesure), **le tableau de financement** (flux annuels) **et le résultat d'exploitation** (couverture des intérêts)
- effet sur les **principaux ratios** = meilleures conditions de financement (ou pour renégocier les emprunts en cours)
- effet d'autant plus important qu'on peut comptabiliser en une fois l'impact de la mesure (dépend du mode de conditionnalité retenu)

Financée par la CADES, par l'intermédiaire de l'Acoess et de la CNAM

Ressources à affecter
CRDS sur 1,5 an
ou 0,6 pt de CSG sur 1,33 an
ou CSG+CRDS sur 8,5 mois

CADES lève le montant total de la mesure sur les marchés (~13 Md€)

↕ *créance de l'Acoess sur la CADES = reprise de dette de l'Acoess au titre de la mesure (fait générateur = loi)*

Effet neutre sur les comptes, flux exclusivement au bilan

Acoess gère les 13 Md€ trésorerie pour le déboursement sur 15 ans du refinancement de la dette des EPS

Intermédiaire de la CNAM / des CPAM (gestionnaires des flux en direction des EPS)

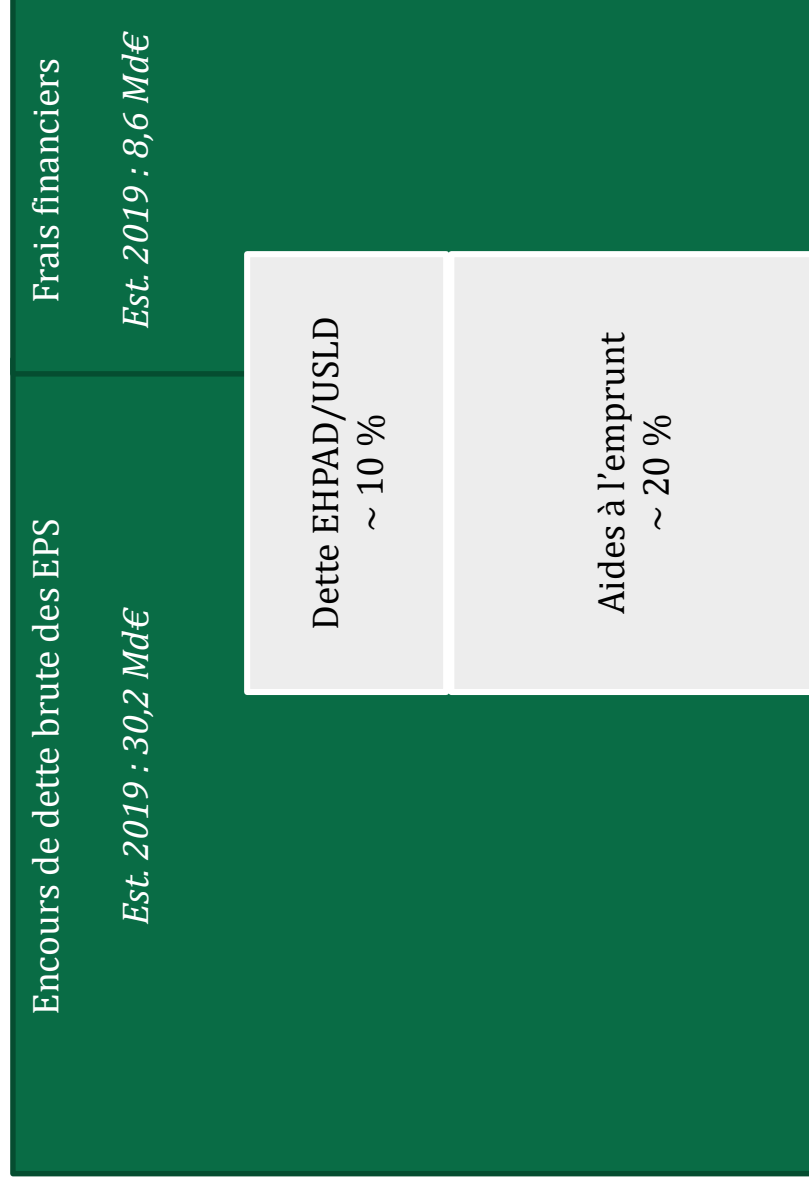
Versements annuels aux EPS, mais effet immédiat au bilan de l'engagement contractualisé



Un périmètre de dette ciblé : net des aides et du médico-social

Fonctionnement de la « reprise »

Une assiette de reprise ~90 % de l'encours brut, en y ajoutant les intérêts, moins les aides et la dette EHPAD/USLD

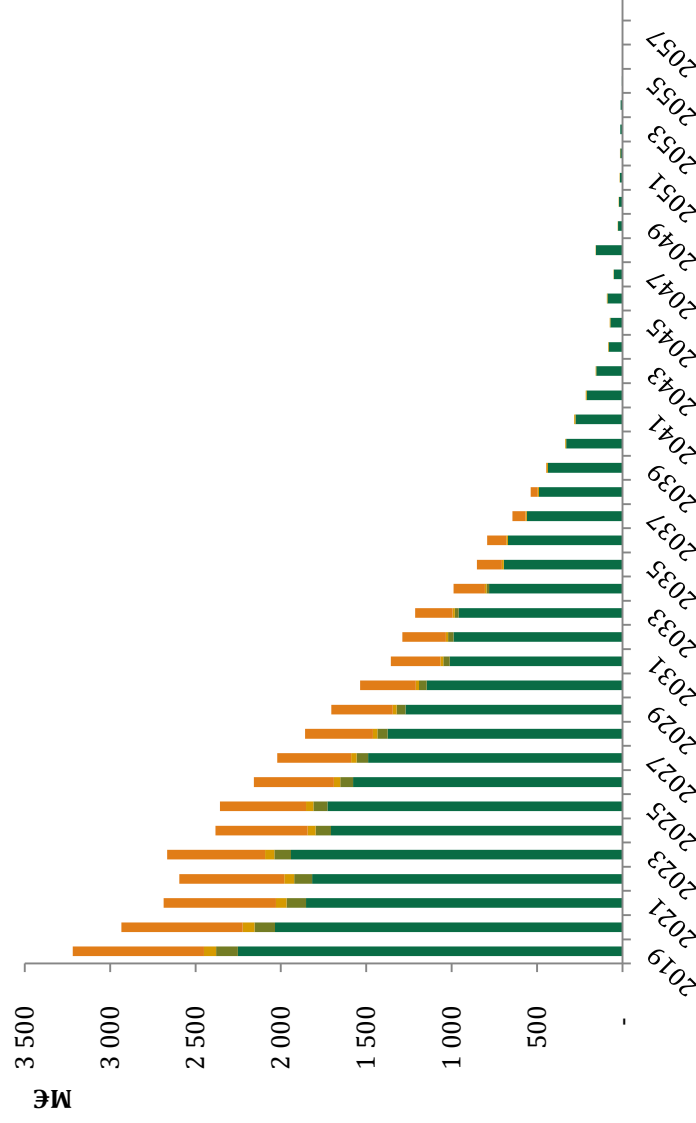


Soit une assiette
retraitée ~ 28 Md€
→ avec enveloppe
d'aide à 13 Md€, taux
de reprise de
l'assiette retraitée
~45 %

Un versement sur 15 ans suivant le profil d'amortissement

Fonctionnement de la « reprise »

Échéancier du service de la dette des EPS à fin 2018



- Frais financiers (échéancier ATIH + projection linéaire post-2023)
- Frais financiers (à partir du taux moyen 2018)
- Remboursement en capital (projection linéaire)
- Remboursement en capital (échéancier ATIH)

Nota : Simulations réalisées à partir des données ATIH, soit un périmètre de 825 EPS.

Au bout de 15 ans, 85 % de la mesure déjà versés

Année	Service annuel (Md€)	Service restant dû (SRD) (Md€)	SRD2018 remboursé annuellement (%)	SRD2018 remboursé en cumulé (%)
-	-	38	-	-
1	3	35	9	9
2	3	32	8	16
3	3	29	7	23
4	3	26	7	30
5	3	24	7	37
10	2	13	5	66
15	1	6	3	85
20	1	2	1	95
25	0	1	0	99
30	0	0	0	100
35	0	0	0	100
40	0	0	0	100

En stoppant les versements au bout de 15 ans (2034)

- le mécanisme conserve une **durée de vie** « **raisonnable** » (surcoût annuel de gestion : ordonnancement ARS, circuit AcoSS/CNAM/CPAM)
- le **solde à verser (15 % du total)** est inférieur au montant correspondant aux deux premières années

Une contractualisation qui doit traduire les trois objectifs prioritaires de la mesure

Fonctionnement de la « reprise »

L'engagement financier de l'ARS devra dépendre de l'ambition des actions inscrites au contrat

- Prévoir, dans chaque contrat, des actions répondant à au moins un des trois objectifs de la mesure : transformation, assainissement financier, investissement du quotidien
- Faire le lien avec des objectifs de qualité ou de service rendu (exemple : temps d'attente aux urgences)
- Moduler le montant de reprise en fonction de l'ambition de ces actions

Transformation

- Révision des projets médicaux partagés des GHT
- Modification d'implantations d'activités de soins, regroupements de plateaux techniques
- Mutualisation des ressources médicales
- Investissement dans le numérique / SI
- Convergence informatique intra-GHT, en particulier autour du dossier patient
- Projets immobiliers justement dimensionnés au service de la réorganisation de l'offre de soins
- Directions communes, fusions d'établissements

Assainissement financier

- Trajectoire de désendettement
- Amélioration des résultats financiers (CAF nette, taux de marge brute)
- Sortie d'un emprunt toxique
- Plan d'apurement des dettes sociales et fiscales
- Certification des comptes / levée des réserves des commissaires aux comptes
- Professionnalisation de la gestion financière et de la gestion de la trésorerie

Investissement du quotidien

- Investissement courant et achat de petit matériel nécessaire aux soins
- Investissement dans la formation et plus globalement dans des actions RH en faveur des personnels (hors recrutements)
- Traitement de problématiques de logement dans certaines situations spécifiques où la demande est importante
- Investissement au service de la qualité de vie au travail

Reprise de la dette des EPS

Assainissement et reprise de l'investissement, préalables à la transformation

Une reprise à portée financière, mais dans un cadre garantissant la transformation

Une répartition modulée selon le degré d'engagement de chaque EPS

Un contexte de mise en œuvre fortement perturbé par la crise

Respect du principe d'égalité pour une mesure « *EPS seuls* »

Approche prospective : justification d'une mesure centrée sur les EPS par l'objectif d'intérêt général poursuivi

- Adapter l'organisation territoriale de l'offre de soins hospitaliers publique aux nouveaux besoins de santé, ce qui suppose :
 - d'assainir la santé financière des EPS qui menace dans certains cas la pérennité de leurs missions permanentes de service public auxquelles ils ne peuvent se soustraire ;
 - de retrouver un niveau d'investissement normal pour assurer la qualité des soins prodigués.
- Les contrats ARS / EPS comporteront des engagements liés à l'exercice des missions de service public : reprise de l'investissement, coopérations opérationnelles dans les GHT...

Différence objective de situation

- Caractéristiques propres aux EPS (FPH, règles personnel médical, comptabilité publique, transparence des comptes)
- Établissements privés disposent de financements non ouverts au public (participation du groupe de rattachement, appel à la générosité publique)
- ➔ À missions de service public comparables, les EPS ont une CAF nette deux fois inférieure à celle des ESPIC (cf. résultats à venir de la mission IGF-IGAS sur le différentiel de charges)
- Entre EPS : situation économique et financière, positionnement dans l'offre de soins, aides passées (éviter la surcompensation)

Garantir la non-surcompensation

Des garanties de non-surcompensation seront intégrées au cadrage national et dans les contrats ARS/EPS

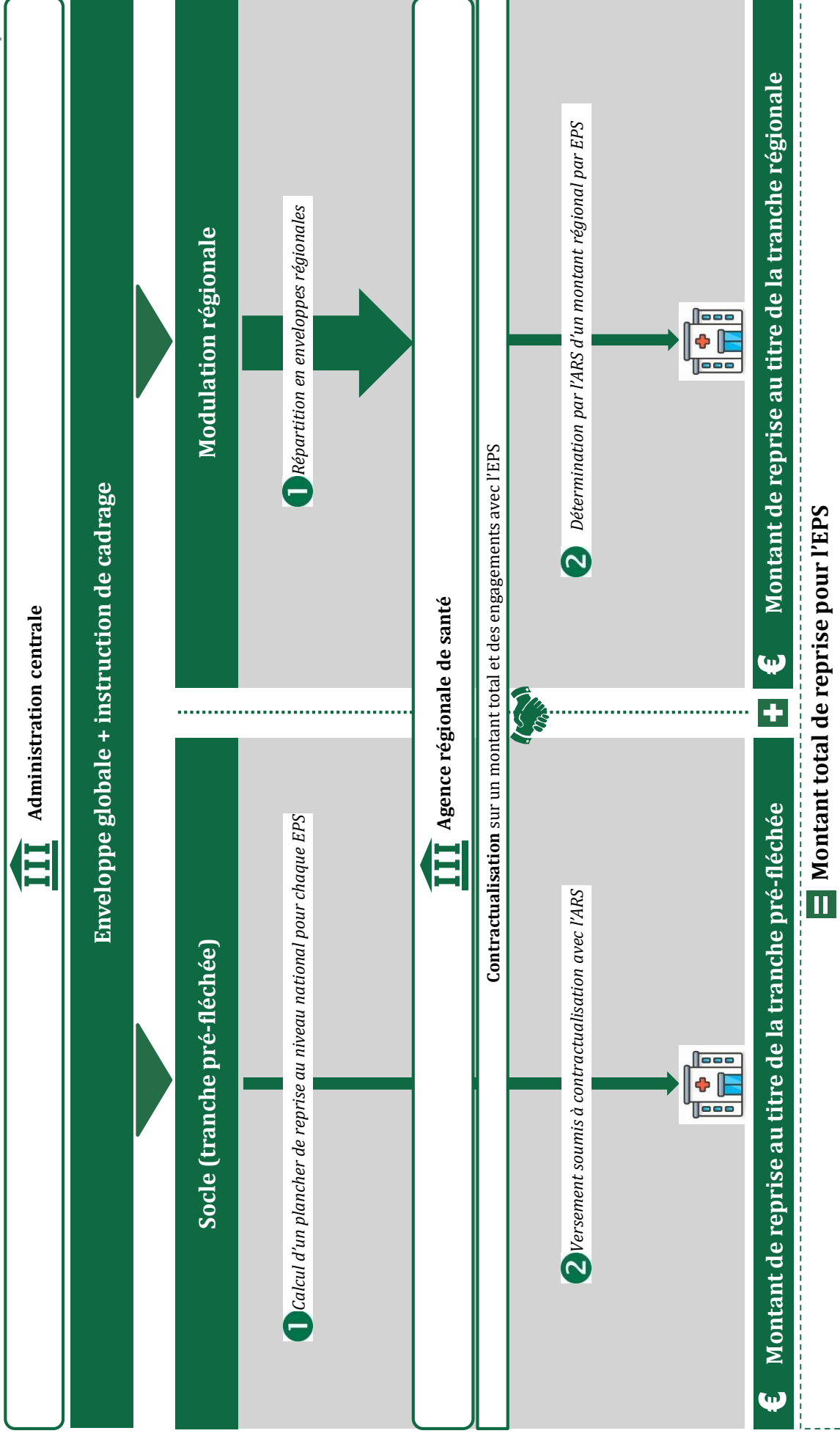
- Aide couvre dette et frais financiers correspondant à des investissements en vue de remplir des obligations de service public seulement *partiellement* compensées par le modèle normal de tarification et autres aides
- Même en cumulant l'ensemble des financements publics, l'aide n'atteindra pas 100 % du service de la dette
 - ➔ garantie que la reprise ne couvre pas la quote-part d'activités commerciales (3 % en moyenne, et pour 95 % des établissements < 10 %)
- Des contreparties en matière d'investissement (courant + structurel) = nouvelles charges de service public
- Un suivi précis de ces contreparties sera effectué
 - ➔ la Commission européenne sera informée de la mesure et de ses principes de mise en œuvre

Au total, une mesure strictement nécessaire à l'adaptation des établissements publics de santé à l'évolution des besoins sur les territoires de santé

I. L'articulation de deux tranches aux objectifs distincts

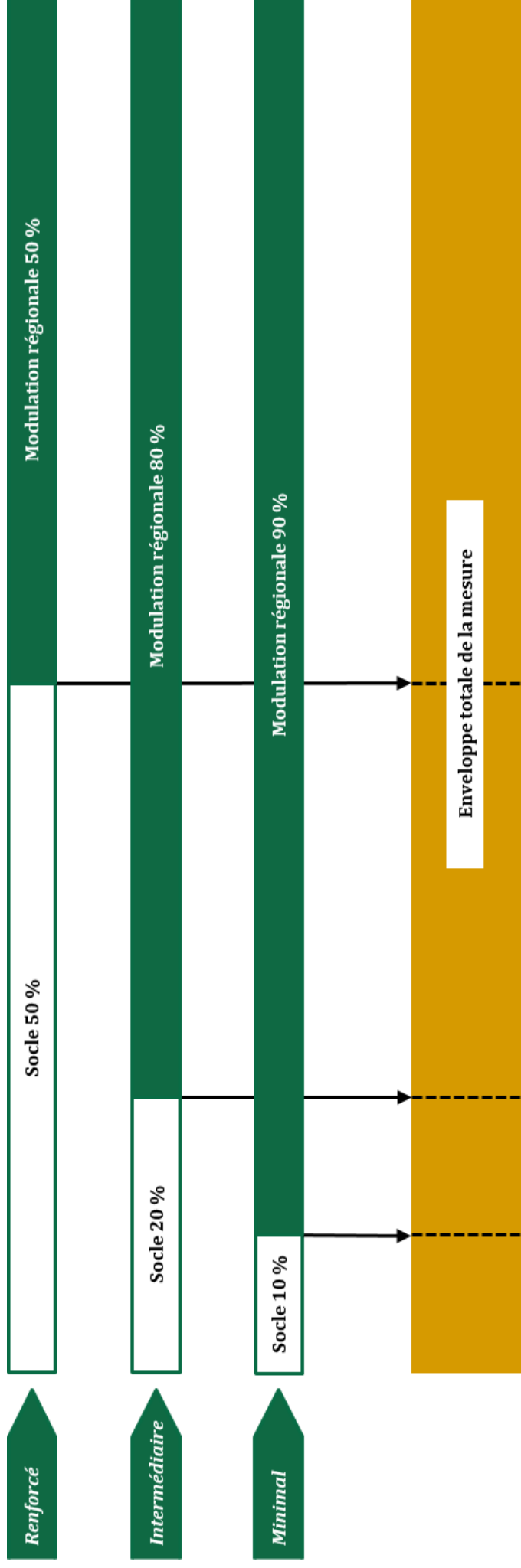
Un montant de reprise combinant socle et modulation régionale

Répartition



Trois scénarios de répartition entre socle et modulation

Répartition



II. Effets de la répartition sur critères d'une tranche sociale

Nota : une 1^{ère} redistribution liée aux retraitements de l'assiette

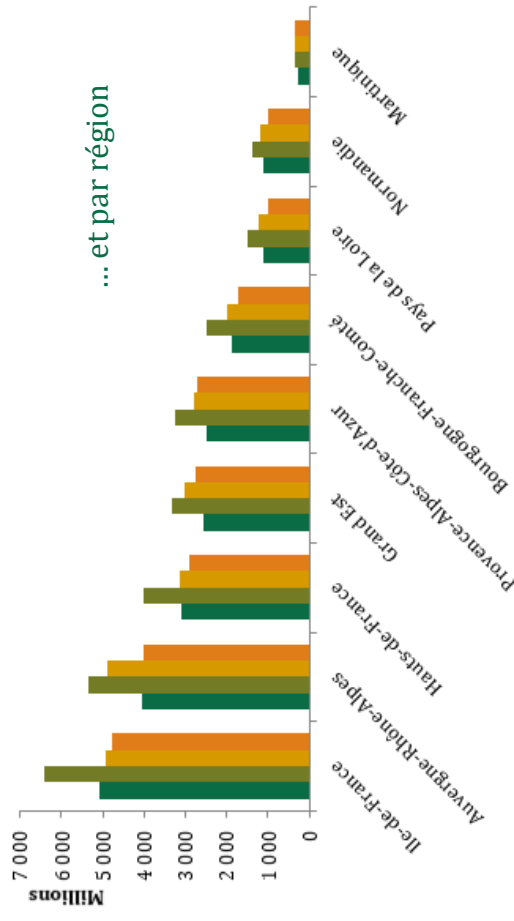
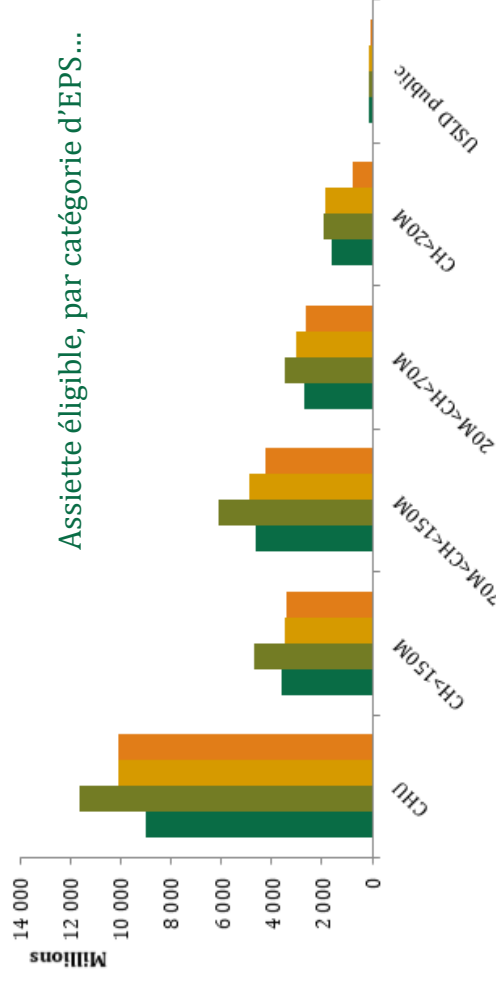
Répartition

Les retraitements de l'assiette favorisent les CHU-CHR

- Une seule catégorie gagnante: les **CHU-CHR**, dont l'assiette finale augmente de 7 %
- L'**assiette des CH < 20M** est divisée par deux après les retraitements (part élevé de dette liée aux EHPAD/USLD)
- L'assiette après retraitements des 3 catégories intermédiaires représente 90% de l'encours de dette initial (fort taux d'aides)
→ **redistribution entre régions** : pas de conclusions définitives (échantillon réduit), mais suggère un effet défavorable à certaines (assiette réduite de -25% pour Nouvelle-Aquitaine et Normandie)

9 % d'EPS exclus en raison d'une assiette nulle

- Des établissements exclus du bénéfice de la mesure
 - 1 % d'EPS dont l'encours brut est nul
 - 8 % d'EPS à 100 % d'aide ou dont la dette médico-sociale représente 100 % de leur encours



Nota : l'exercice n'a pu être conduit que pour les 10 régions pour lesquelles la mission disposait des données d'aides à l'emprunt.

Sélection de critères pour simuler la tranche socle

Trois grands scénarios selon l'ampleur du socle, plusieurs critères possibles

- Simulation de la répartition de la tranche socle selon les trois grands scénarios (minimal/intermédiaire/renforcé)
- **Plus le socle est important en montant, plus il rend possible la prise en compte de critères supplémentaires**
 - **Socle minimal (10 %) : un critère** (encours de dette retraité par la mission)
 - **Socle intermédiaire (20 %) : deux critères** (encours de dette + taux de CAF nette)
 - **Socle renforcé (50 %) : trois critères** (encours de dette + taux de CAF nette + taux de vétusté des équipements OU « bonus » supplémentaire pour les EPS en insuffisance d'autofinancement)
 - une dispersion hétérogène des taux de reprise
 - une répartition variable entre catégories d'EPS en fonction des critères retenus

AVERTISSEMENTS GÉNÉRAUX



- **Les estimations présentées ne sont pas définitives**
 - simulation effectuée sur un échantillon de 10 régions représentant 80 % de l'encours brut (régions dont les ARS ont fait remonter les aides)
 - recours à des estimations pour certaines données (dette médico-sociale, frais financiers etc.), à fiabiliser
- **Les taux/montants de reprise sont très dépendants du montant du socle** (ne pas seulement comparer les taux des scénarios entre eux, mais leur distribution par catégorie)
- **Les taux de reprise simulés ne préjugent en rien de la modulation régionale**, qui interviendra dans un second temps (après négociation conduite par les ARS) : le taux de reprise globale par EPS additionnera le socle et la modulation

Des critères en cohérence avec les objectifs de la mesure

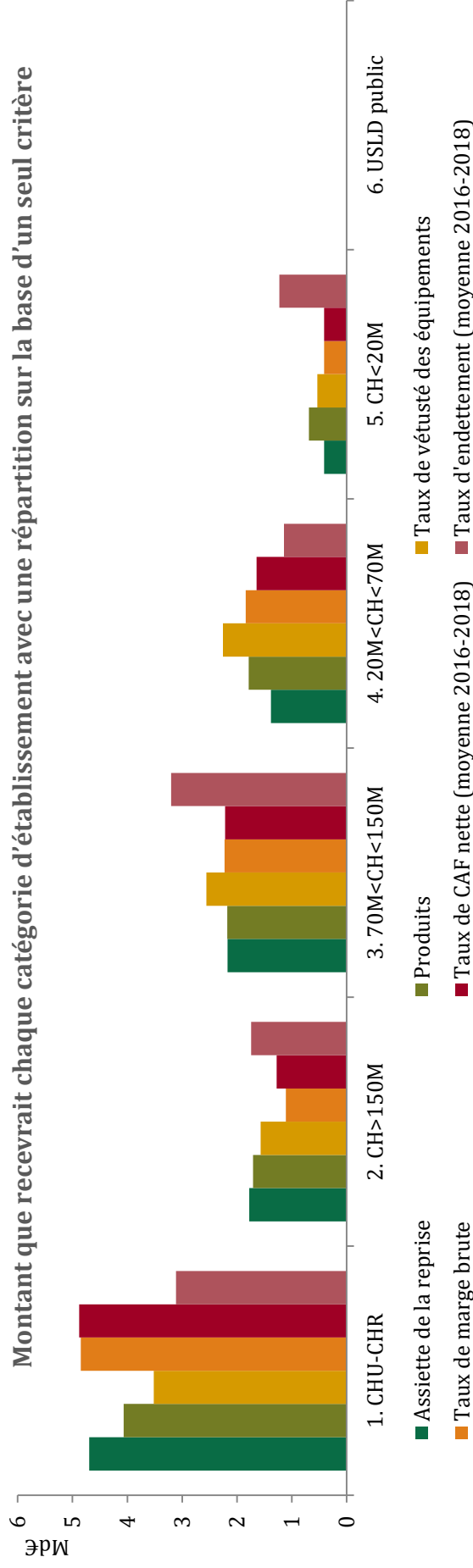
Répartition

Enjeux	Socle préfléché			Modulation régionale (90 %, 80 % ou 50 % selon le scénario)
	Scénario minimal (10%)	Scénario intermédiaire (20 %)	Scénario renforcé (50 %)	
Assainissement	Encours de dette retraité (ciblage de la dette, de manière plus universelle – déjà utilisé en assiette)			Capacité de modulation en fonction de la situation financière plus fine (ex : présence d'emprunts toxiques)
		[Capacité] Taux de CAF nette (moyenne sur 3 ans – attention légère redondance avec dette / produits)		
Investissement		[Besoins] Taux de vétusté des équipements		Sur la base de projets de territoire
		ou [Capacité] « Bonus » pour EPS en insuffisance d'autofinancement (IAF)		
Transformation				Inscription dans la stratégie régionale d'offre de soins et schémas de recomposition de l'offre Inscription dans la stratégie GHT, accent sur les SI Réponse aux priorités du plan Ma Santé 2022
Éviter l'aléa moral	Contractualisation unique sur l'ensemble de la mesure (y compris la part socle) entre l'ARS et chaque EPS			Capacité de modulation sur la base d'une connaissance fine des établissements, pouvant par exemple tenir compte de l'accomplissement d'objectifs passés (CPOM etc.)
	Socle pré-fléché faible	Intégration possible du besoin d'investissement		
Équité	Déduction des aides de l'assiette de reprise			Répartition de l'enveloppe régionale sur la base des produits

Le choix des critères peut être discriminant

Des effets très variables des critères selon les catégories d'établissement

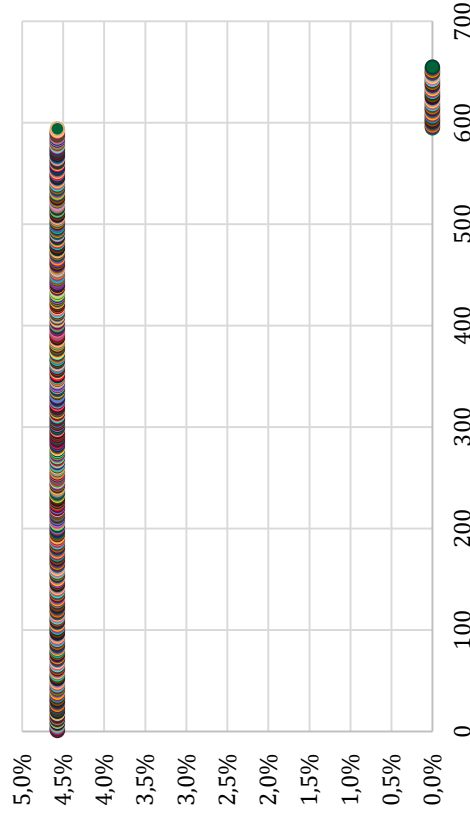
- Le critère de l'**assiette de la reprise** (l'encours après retraitements) est le plus lisible mais favorable aux CHU-CHR (cf. slide précédente) – à combiner avec d'autres critères
- Deux critères très discriminants :
 - ➔ Le **taux de vétusté des équipements** : défavorable aux grands EPS (CHU-CHR et CH > 150 M€), favorable aux 2 catégories intermédiaires – attention néanmoins à sa fiabilité, notamment pour les CH aux comptes non certifiés (< 100 M€)
 - ➔ Le **taux d'endettement** : très défavorable aux CHU-CHR et très favorable à la catégorie 3 et aux CH < 20 M€ - il n'a pas été retenu pour les simulations présentées ici
- Un critère plus équilibré :
 - ➔ Le **taux de CAF nette** fait une seule catégorie perdante (les CH > 150 M€, qui perdent toutefois moins qu'avec la TMB) et reflète la capacité d'investissement après remboursement des annuités en capital



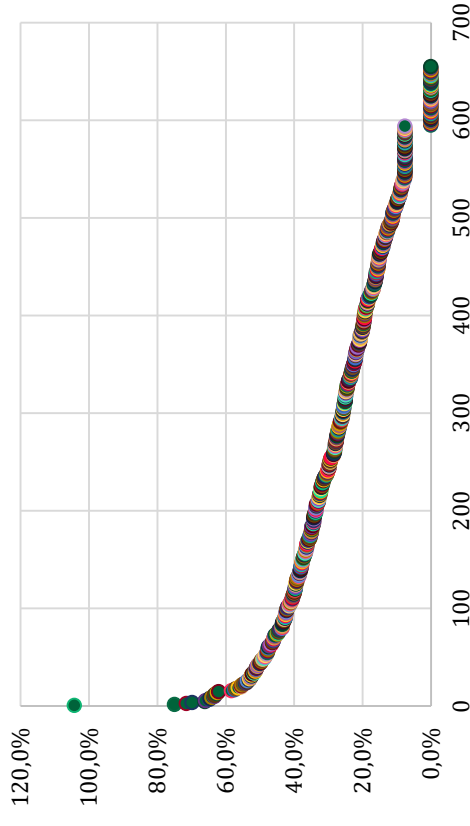
Résultat des simulations (distribution des taux de reprise)

Répartition

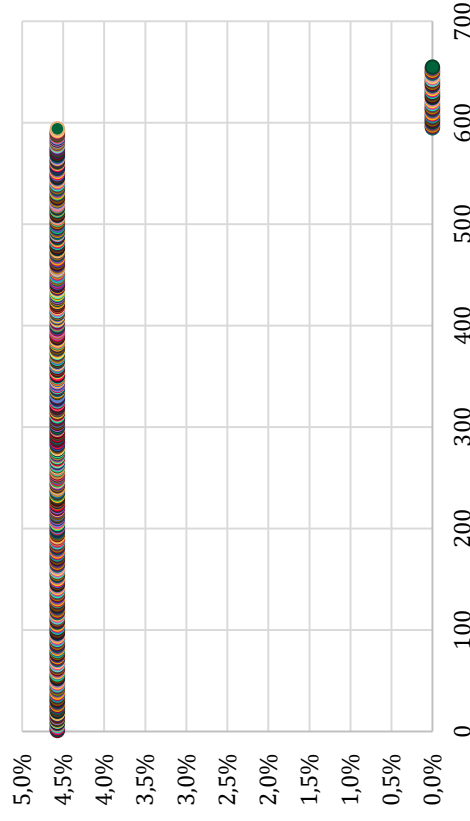
Scénario minimal (encours retraité)



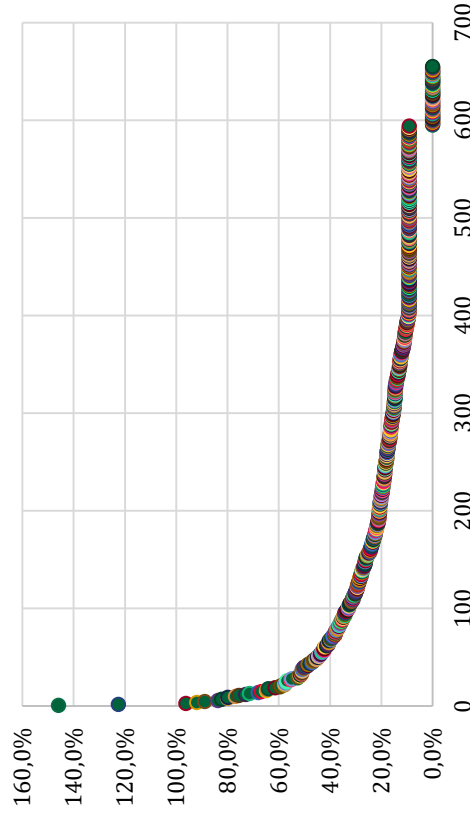
Scénario renforcé (encours + CAF nette + vétusté équipements)



Scénario intermédiaire (encours + CAF nette)

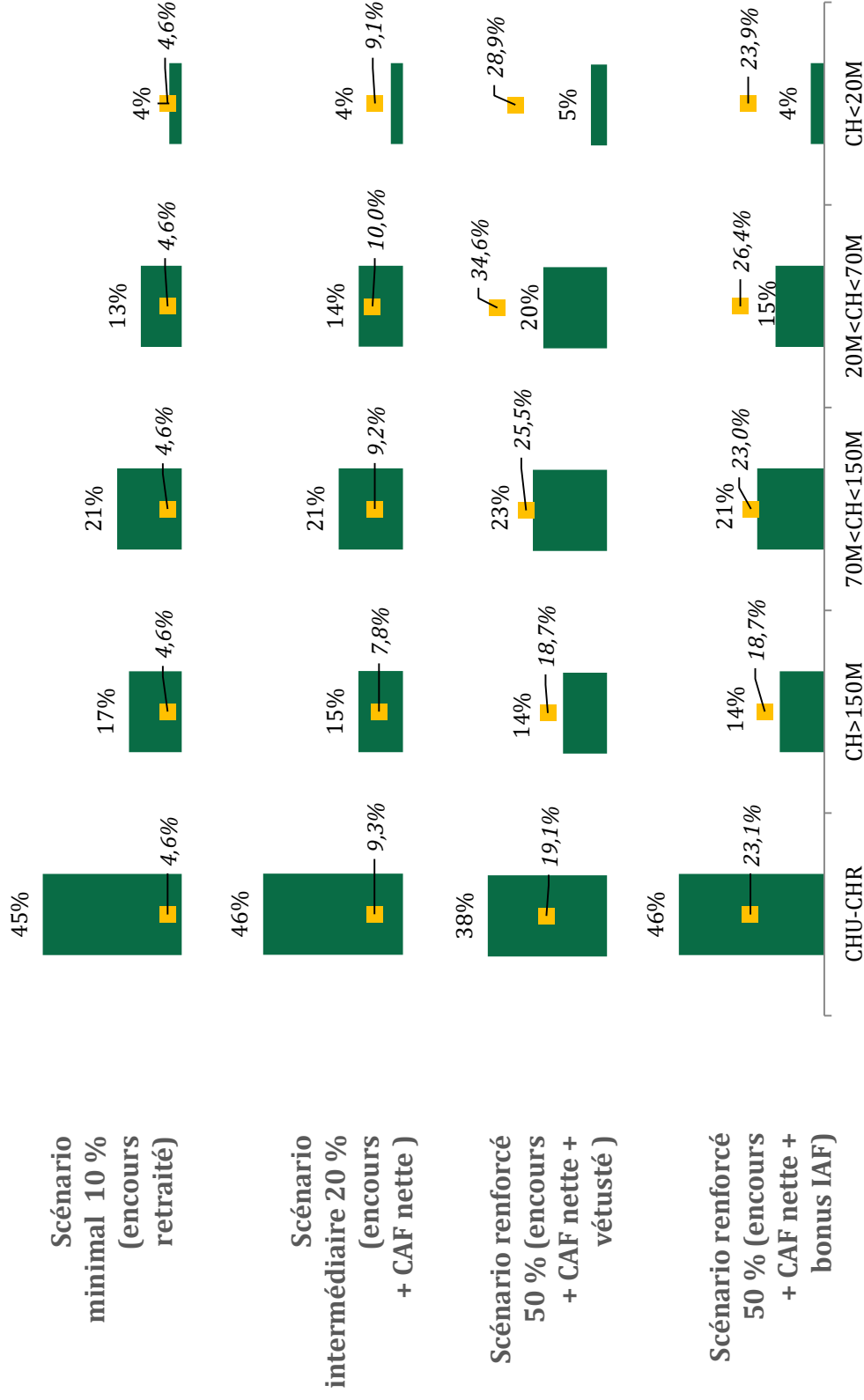


Scénario renforcé alternatif (encours + CAF nette + bonus IAF)



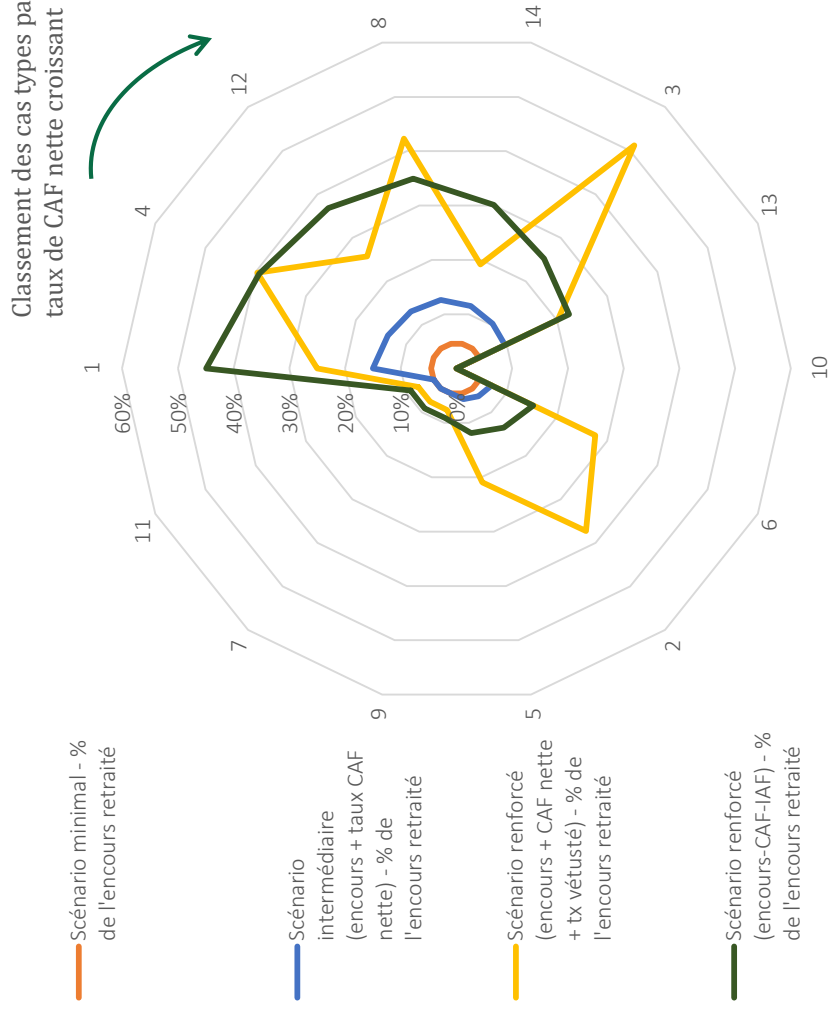
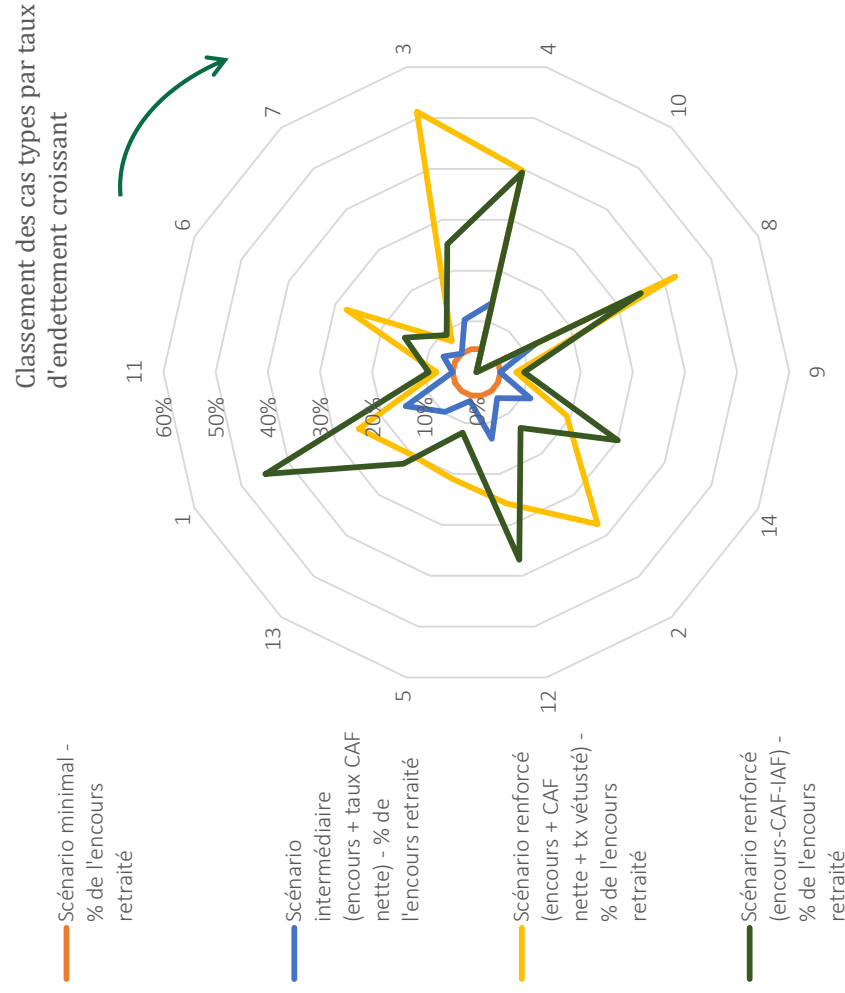
Comparaison des scénarios

Répartition de l'enveloppe entre catégories d'EPS et moyenne des taux de reprise par catégorie



Résultats sur 14 cas types, ordonnés par endettement et CAF

Répartition



➔ Les scénarios intermédiaires et renforcé, qui tiennent compte du taux de CAF nette, ciblent davantage la mesure sur les établissements dont la situation d'exploitation est la plus difficile, en particulier du fait du poids du service de la dette (sauf pour les établissements déjà aidés), sans pour autant créer de distorsions majeures

Bilan des simulations sur le montant socle pré-fléché

Les paramètres à choisir

Le curseur essentiel est le volume de la tranche socle

- ➔ le scénario « *renforcé* » génère des taux de reprise qui réduisent fortement la marge de négociation des ARS sur la modulation régionale (*beaucoup d'EPS au-dessus de 50 % de taux de reprise*)
- ➔ le scénario « *minimal* » génère des taux de reprise très faibles par rapport aux attentes d'un montant « *plancher* »

➔ **le scénario « *intermédiaire* » semble plus équilibré**

Les critères : choisir le ciblage du socle, qui n'est pas le même selon le volume retenu et pondérer éventuellement entre critères

- le taux de vétusté et taux d'endettement sont des critères très/trop discriminants (avec ciblage au-dessus de 30 %)

➔ **recommandation : privilégier l'encours retraité et la CAF nette, plus lisibles, totalement fiables et moins discriminants**

➔ **choix politique en cas de socle « *renforcé* » :**

- compenser l'effet du retraitement de l'assiette, favorable aux CH importants, avec le taux de vétusté
- ou accentuer le ciblage des EPS en difficulté (« *bonus IAF* »)

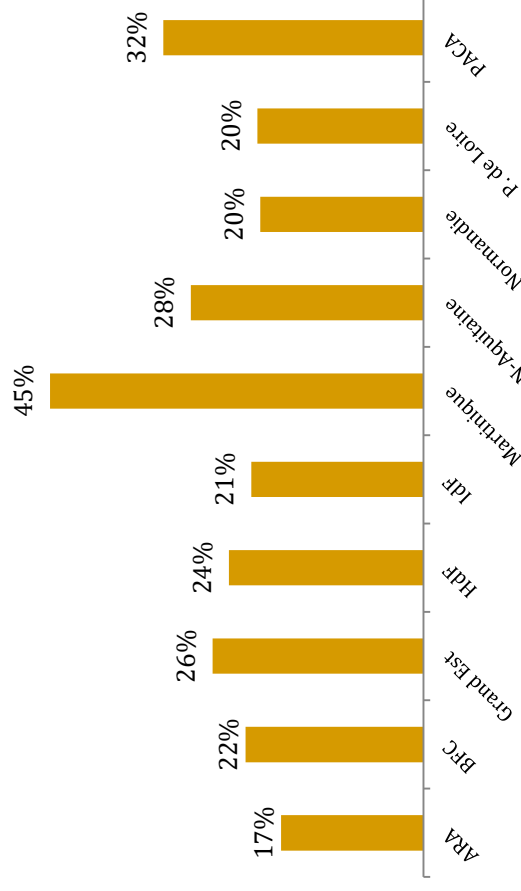
Points d'attention

Assurer que la répartition bénéficie en priorité aux établissements supports de GHT

Un biais possible en faveur des DROM : le seul de l'échantillon (Martinique) affiche dans tous les scénarios un taux de reprise moyen à l'échelle de la région nettement supérieur aux autres régions de l'échantillon

- ➔ particulièrement marqué sur le scénario de socle à 50 % avec « *bonus IAF* »

Taux de reprise moyen par région



Note de lecture : Dans le scénario socle renforcé avec « *bonus IAF* », la reprise couvrirait 45 % de l'encours de dette retraité agrégé à l'échelle de la Martinique

III. Construction de la modulation régionale

La répartition de la tranche de modulation régionale

Des enveloppes régionales selon les produits des EPS

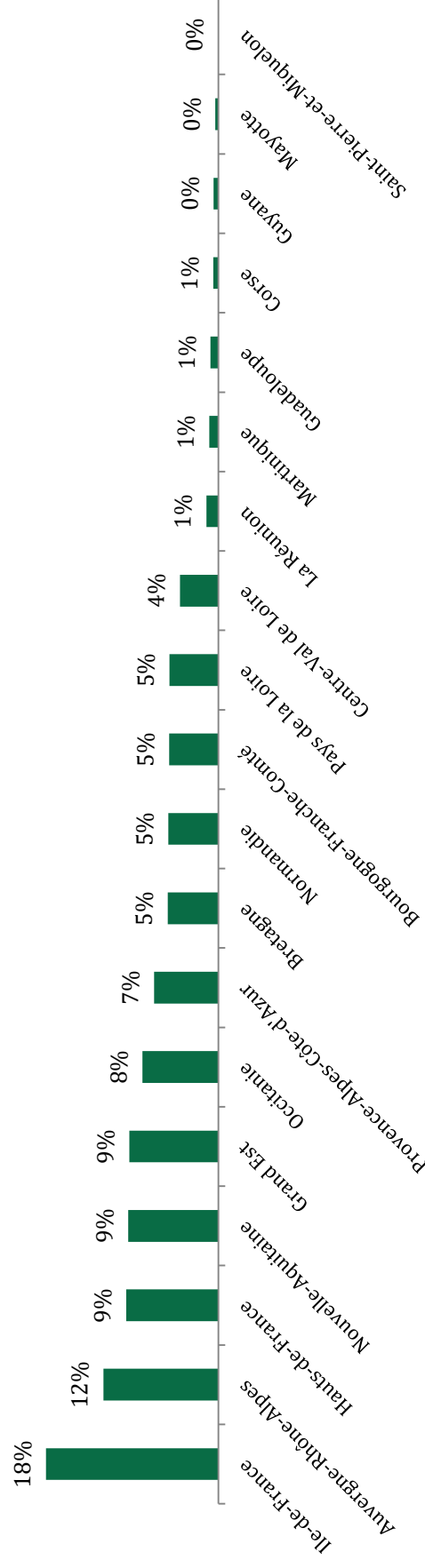
Le critère « *produits des établissements de la région* » est le plus indiqué pour répartir entre régions

- **équitable** : contrairement au critère « *encours de dette* », ne pénalise pas la diminution active de l'endettement
- **peu contestable** et facilement compréhensible
- s'accorde le mieux avec l'objectif central poursuivi par la modulation : encourager la **transformation de l'offre de soin**, représentant le poids de la région dans l'offre

La répartition de chaque enveloppe relève de l'ARS

Une possibilité de modulation par EPS pour prendre en compte

- **le niveau d'engagement** pris par l'établissement et/ou le GHT sur un ou plusieurs axes de la mesure (notamment l'ambition de réorganisation structurelle)
- **des situations particulières**, comme :
 - établissements à forte dette médico-sociale
 - des emprunts toxiques particulièrement coûteux



Besoin d'un cadrage national précis (cf. *infra*), notamment d'une « boîte à outils » pour une « justification au premier euro » de la modulation accordée à chaque EPS

- ➔ comment adapter le montant de reprise selon les besoins de transformation interne et au sein du territoire de santé
- ➔ liste non exhaustive de situations particulières pouvant justifier un traitement spécifique

IV. Modalités de contractualisation et de suivi

Un cadrage national clair par instruction aux ARS

- Modalités de calcul de la part « *socle* », y compris données d'assiette à fiabiliser suivant une méthodologie commune
- Cadrage des critères utilisables pour la **modulation** régionale
- Garanties de **non-surcompensation** (dont mécanisme de reprise)
- Attendus sur les engagements et les emplois possibles de la mesure, et l'activation des leviers de mise en œuvre (**conditionnalité**)

Une contractualisation et un suivi à l'échelle de l'ARS

- Négociation entre chaque EPS et l'ARS d'un contrat *ad hoc* (plutôt qu'un avenant au CPOM)
 - Négociation à l'échelle des GHT pour les objectifs de transformation de l'offre
 - Suivi intégré au dialogue de gestion EPS-ARS et à l'évaluation du DH
- + respect des engagements suivi par le **COPERMO performance** (plans d'actions efficience) / **investissement** (revues annuelles de projet)

Une validation nationale des feuilles de route régionales par le CNP, qui assure leur suivi

- Chaque ARS prépare une « *feuille de route* » régionale consolidant la vision obtenue par l'ensemble des contrats négociés dans sa région
- ➔ **Comporte une justification de la stratégie régionale de répartition et des objectifs à l'échelle régionale, en cohérence avec les trois dimensions de la mesure**
- Validée par le CNP en amont de la signature de tous les contrats EPS-ARS, associant la DGFIP, membre du COPERMO
- Suivi de la mise en œuvre de la feuille de route dans le cadre du **dialogue de gestion ARS-CNP** et de l'évaluation du DG d'ARS

Améliorer le suivi de la dette des EPS

- Revue du **dispositif actuel d'encadrement du recours à l'emprunt**
- Diffusion de **bonnes pratiques** entre ARS sur la gestion de la dette
- Un meilleur suivi des aides, avec un cadre comptable à adapter (amendements à la M21)

Une conditionnalité équilibrant effet au bilan/levier pour les ARS

	(0) Engagement ferme sur la reprise avec leviers existants	(1) Engagement ferme sur 100 % de la reprise avec leviers ad hoc	(2) Engagement en trois fois soumis à conditionnalité	(3) Engagement ferme sur une part seulement de la reprise	(4) Versements annuels soumis à conditionnalité
Modèle	Activation des leviers existants de l'ARS : <ul style="list-style-type: none"> modalités d'évaluation (pénalités) du CPOM intégration aux objectifs et à l'évaluation annuelle du DH 	Suspension du versement (bornée dans le temps) <p>Leviers à créer :</p> <ul style="list-style-type: none"> pénalités financières sur les produits Assurance maladie reprise de crédits sur dotations FIR ou AC 	Choix d'engager (ou non) le reste de la mesure en années N+1 et N+2 <p>+ éventuellement leviers de l'option (1) pour les années N+3 et suivantes</p>	Déboursement de la tranche conditionnelle chaque année en fonction de l'atteinte des objectifs <p>Alternative : engagement de la tranche conditionnelle en une fois, après vérification de l'atteinte des objectifs (en N+3 par exemple)</p>	Versements annuels (ordonnancés par l'ARS)
Levier de respect des engagements	Engagement en année N pour l'ensemble de la mesure de reprise	Engagement en année N pour l'ensemble de la mesure de reprise	Engagement dissocié en trois tranches fermes <ul style="list-style-type: none"> 1/3 de la mesure en année N 1/3 chacune des deux années suivantes, en cas de respect de la conditionnalité 	Engagement en année N <ul style="list-style-type: none"> ferme pour une part de la mesure de reprise (80 % ?) conditionnel, en fonction du respect des engagements, pour la part restante (20 % ?) 	Engagement en année N, versements conditionnés au respect des engagements
Modalités de contractualisation	Effet visible au bilan des EPS dès l'année N pour l'intégralité de la mesure	Effet visible au bilan des EPS dès l'année N pour l'intégralité de la mesure	Effet comptable maximum atteint en 3 ans <p>Éléments de conditionnalité directs les deux premières années</p>	Effet visible au bilan des EPS dès l'année N pour la part ferme <p>Levier d'action direct</p>	Capacité de levier maximale de l'ARS sur la réalisation des objectifs
Avantages	Marges d'action pour assurer le respect des engagements limitées (cf. mise en œuvre des CPOM)	Levier d'action indirect (non lié à la mesure) en cas de non-respect des engagements	Lisibilité + risque de mauvaise réception <p>Focalisation sur des objectifs évaluable à horizon deux ans</p> <p>Lourdeur de la procédure</p>	Peu lisible / confusion possible avec socle-modulation <p>Difficile à anticiper dans la durée pour l'organisme financeur</p> <p>Remet en cause la visibilité au bilan de 100 % de la mesure</p> <p>Part ferme prédominante</p> <p>Discours clair</p>	Impossibilité de comptabiliser la mesure au bilan (hors bilan)
Inconvénients	Réelle mobilisation par les ARS des outils existants	Formuler précisément les leviers	Incontestabilité du respect des objectifs		Incontestabilité du respect des objectifs

Reprise de la dette des EPS

Assainissement et reprise de l'investissement, préalables à la transformation

Une reprise à portée financière, mais dans un cadre garantissant la transformation

Une répartition modulée selon le degré d'engagement de chaque EPS


Un contexte de mise en œuvre fortement perturbé par la crise

Une mise en œuvre fortement affectée par la crise en cours

Mise en œuvre

Les nouvelles données auront un effet sur la répartition

Pour ses constats et ses simulations, la mission s'est basée sur des données remontant principalement à 2018

- une mise en œuvre courant/fin 2020 signifie un **changement de contexte majeur, avec effet potentiel sur les fondamentaux financiers** (taux de CAF par ex.)
- **possibles effets de répartition**
- **critère de modulation régionale dédié ?**  égalité/équité

Possibilité de revoir le calendrier pour un versement anticipé et une contractualisation reportée à 2021

Tel que conçu par la mission, le dispositif prévoyait

- la fiabilisation des données au 1^{er} semestre 2020
- des négociations sur le contrat courant 2020, avec annonce en juin d'un « *taux plancher* » de reprise par EPS
- une validation à l'automne des « feuilles de route » stratégiques de chaque ARS
- une **signature des contrats avant fin 2020** avec un effet possible sur le bilan 2020 des EPS
- de premiers **versements début 2021** (post-levée CADES)
- **les conditions n'étant pas actuellement réunies pour que le processus se déroule comme prévu : « *plan B* »**

Un processus de préparation à alléger

Un processus reposant initialement largement sur les ARS

- fiabilisation des données, nécessaire à la détermination du taux de reprise et à l'échéancier d'aides
- négociation et contractualisation avec les EPS

Une réussite dépendant de l'implication des établissements

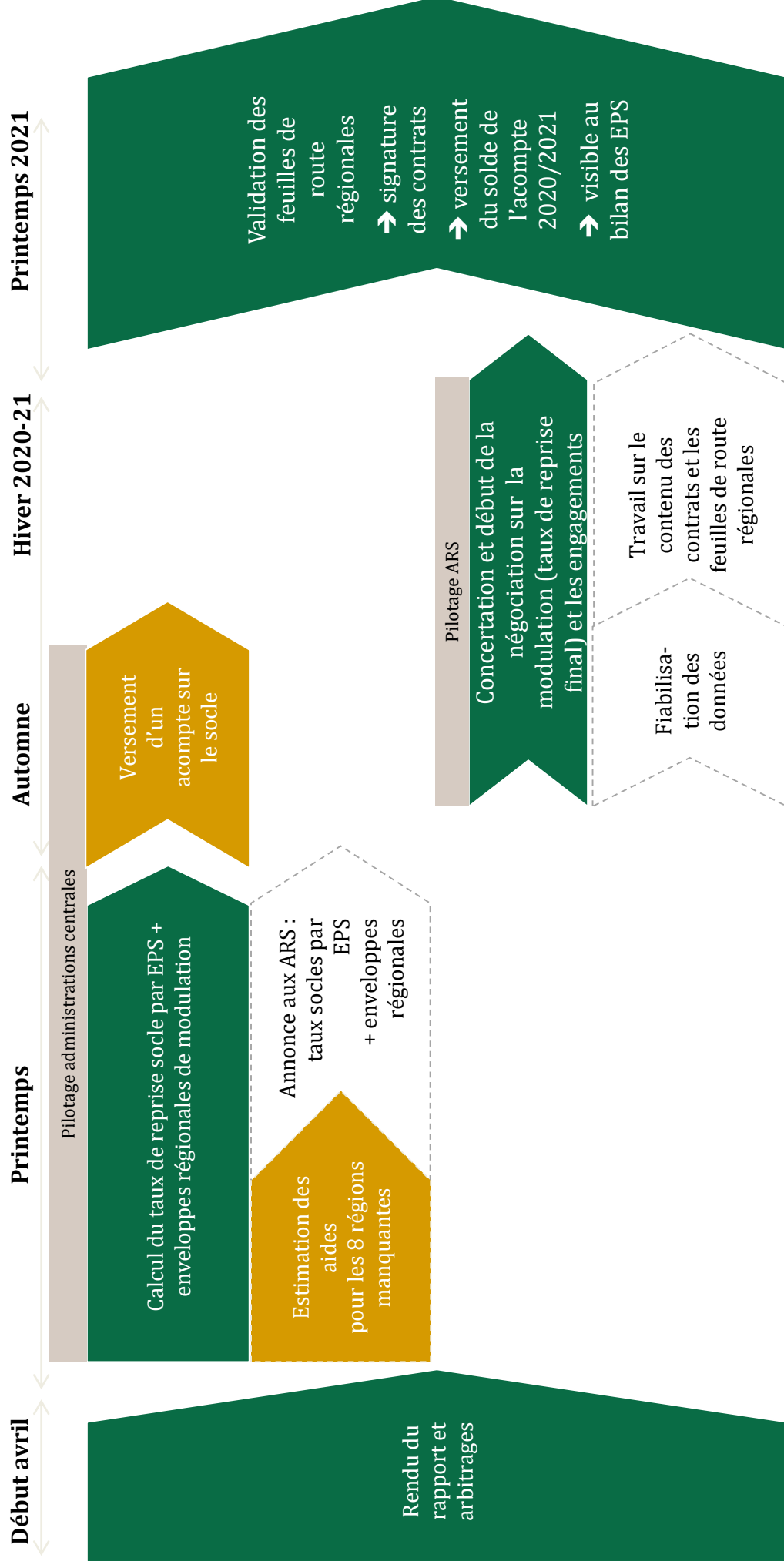
- concertation impliquant la communauté médicale + GHT

- 1. Pour les versements, pour tous les EPS s'engageant à contractualiser**
 - un **versement dès l'automne d'un « acompte » sur la part « socle » des versements 2020-21**, calculé de manière forfaitaire sans attendre les données fiabilisées ni la définition de l'échéancier (avec taux moyen d'aide par catégorie d'EPS pour les 8 ARS manquantes)
 - exigerait qu'un vecteur législatif ait été adopté et peut-être un **préfinancement par l'Acoss** (à expertiser) si trop tôt pour la CADES
- 2. Pour la contractualisation**
 - report à fin 2020 de la fiabilisation des données
 - négociation des contrats (définition du montant exact de reprise, de l'échéancier de versement et des engagements) et signature après validation des feuilles de route régionales (objectif février 2021)
 - **visibilité au bilan 2021** et versement à la signature du solde de l'acompte

- **Enjeu : permettre un soutien rapide, perceptible par des établissements probablement exsangues en post-crise sans hypothéquer l'idée que la mesure puisse sur le long terme accompagner la réorganisation de l'offre de soins**

Récapitulatif du calendrier de repli

Mise en œuvre



Contacts

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

06 70 24 34 58

ombeline.gras@igf.finances.gouv.fr

06 70 22 70 22

frederique.bredin@igf.finances.gouv.fr

06 78 62 96 08

amael.pilven@igf.finances.gouv.fr

01 53 18 70 26

charles.payet@igf.finances.gouv.fr

06 23 67 58 19

loris.andre@igf.finances.gouv.fr



06 63 44 11 14

herve.leost@igas.gouv.fr

06 08 67 04 57

anne.bouygard@igas.gouv.fr

06 88 96 50 46

alain.meunier@igas.gouv.fr

06 69 10 27 42

frederic.remay@igas.gouv.fr

PIÈCE JOINTE 2

Lettre de mission

Pièce jointe 2



MINISTÈRE DES
SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

Les Ministres

Paris, le 2.12.2019

Nos réf. : MEFI-D19-10502

à

Madame Marie-Christine LEPETIT
Cheffe de l'Inspection générale des Finances

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des Affaires sociales

Objet : Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise

Dans le contexte financier dégradé que connaissent les établissements publics de santé ces dernières années, il apparaît nécessaire d'identifier des leviers permettant de redonner des marges de manœuvre, en particulier pour rétablir leur soutenabilité financière, relancer leur cycle d'investissement et accompagner les transformations nécessaires dans le cadre du plan ma santé 2022.

En effet, les établissements publics hospitaliers présentent globalement une situation financière difficile et qui peut varier significativement d'un établissement à l'autre avec, pour certains d'entre eux, un surendettement et un assèchement des fonds propres. Le secteur hospitalier public présente ainsi une capacité d'autofinancement en constante érosion depuis 2012, et par voie de conséquence un niveau d'investissement actuellement réduit : l'investissement s'est ainsi contracté de 2 Md€ par an entre 2012 - où il représentait 5,7 Md€ - et 2018 - où il représente 3,7 Md€. Les établissements publics de santé peuvent également rencontrer une difficulté à assumer financièrement les investissements passés, en raison d'une charge de la dette élevée.

Avec un encours de 30 Md€, la dette des établissements publics de santé constitue une part importante de la dette des administrations de sécurité sociale. Elle occasionne pour les établissements publics de santé un remboursement du principal de près de 2,5 Md€ par an et une charge d'intérêts annuelle de 0,9 Md€, soit un taux d'intérêt moyen de 3% qui traduit une situation de financement plus coûteuse que d'autres structures publiques du champ social telles que la CADES ou l'ACOSS.

Aussi, nous souhaitons que vous proposiez les voies et moyens d'une reprise de la dette accumulée par le secteur à raison de 10 Md€ sur 3 ans allégeant la charge de 800 M€ à 1 Md€ par an, comme l'a annoncé le Premier ministre le 20 novembre 2019. Cette reprise de dette aura pour but de permettre aux établissements publics de santé qui en ont besoin d'assainir leur situation financière, notamment en réduisant leur déficit et/ou d'investir. Vous examinerez établissement par établissement les conditions et les modalités selon lesquelles une telle reprise pourrait avoir lieu, évalueriez l'amélioration bilancielle qui en découlerait pour les établissements publics de santé et l'impact financier pour les administrations publiques dans leur ensemble.

Pièce jointe 2

Vous en étudierez les modalités possibles de mise en œuvre, notamment par une reprise de la dette au fil des remboursements au travers de la mise en place d'un mécanisme de prêts « miroir » permettant de contribuer aux financements de tout ou partie des échéances de remboursement des prêts contractés par les établissements de santé, sur la durée d'amortissement restant à courir.

Vous étudierez à la fois une application à tous les établissements de santé ou à un ou des groupes d'établissements de santé uniquement, dont vous préciserez les caractéristiques, sur la base des travaux de catégorisation déjà conduits par les administrations centrales. Vous identifierez la structure la plus apte à gérer cette reprise.

Outre le niveau des taux d'intérêt, de nombreux paramètres tels que la maturité des encours, le type de produits, le montant des frais de remboursement anticipé devront être pris en compte, afin d'évaluer l'intérêt, le périmètre et les modalités les plus appropriées d'une telle reprise. Il vous appartiendra également de prendre en compte dans vos travaux les risques juridiques (notamment les exigences découlant du droit constitutionnel et de l'encadrement européen des aides d'Etat notamment au regard des missions de service public dévolues à ces établissements) ainsi que les impacts de ces mesures pour la gestion des établissements de santé et les finances publiques. Vous formulerez les propositions permettant de prévenir ou de limiter ces risques.

Votre mission pourra également traiter la question du flux de nouveaux emprunts et de la façon d'en améliorer la gestion et d'en réduire le coût à moyen terme pour les établissements de santé et les administrations publiques.

Enfin, vous proposerez les conditionnalités et contreparties qui pourront être prévues, pour d'une part sécuriser les cycles financiers futurs des établissements dont la dette serait reprise et limiter le risque d'aléa moral, et d'autre part circonscrire pour l'avenir la reproduction d'une telle situation systémique d'endettement, d'assèchement des ressources et de sous-investissement à moyen terme sur l'ensemble du secteur hospitalier. Vous proposerez les mécanismes de régulation et les évolutions de gouvernance qui en découlent, en tenant compte des instruments de régulation du secteur préexistant.

Vous pourrez pour cette mission vous appuyer sur les directions d'administration centrales compétentes (DGOS, DSS, DB, DG Trésor (dont l'Agence France Trésor), DGFIP, SGAE) et les directions des affaires juridiques des ministères sociaux et financiers. Votre mission pourra prendre la forme d'un accompagnement auprès de ces administrations pour la mise en œuvre de l'annonce du Premier ministre du 20 novembre 2019.

Les conclusions de votre mission conjointe sont attendues pour le mois de mars 2020.



Agnès BUZYN



Bruno LE MAIRE



Gérald DARMANIN

PIÈCE JOINTE 3

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. SERVICES CENTRAUX MINISTÉRIELS	1
1.1. Premier ministre	1
1.1.1. Cabinet du Premier Ministre	1
1.1.2. Secrétariat général aux affaires européennes	1
1.2. Ministère de l'Économie et des Finances	1
1.2.1. Cabinet du Ministre	1
1.2.2. Direction générale du Trésor	1
1.2.3. Direction des affaires juridiques	2
1.3. Ministère de l'Action et des Comptes publics	2
1.3.1. Cabinet du Ministre	2
1.3.2. Service de contrôle budgétaire et comptable ministériel (SCBCM)	2
1.3.3. Direction générale des finances publiques (DGFIP)	2
1.3.4. Direction du budget (DB)	3
1.4. Ministère des Solidarités et de la Santé	3
1.4.1. Cabinet de la Ministre	3
1.4.2. Secrétariat général des ministères des affaires sociales	4
1.4.3. Direction des affaires juridiques (DAJ)	4
1.4.4. Délégation ministérielle au numérique en santé	4
1.4.5. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	4
1.4.6. Direction de la Sécurité sociale (DSS)	5
1.4.7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	5
2. AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ	6
2.1.1. Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes	6
2.1.2. Agence régionale de santé de Bourgogne-France-Comté	6
2.1.3. Agence régionale de santé des Hauts-de-France	6
2.1.4. Agence régionale de santé d'Île-de-France	6
2.1.5. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine	6
2.1.6. Agence régionale de santé d'Occitanie	7
2.1.7. Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7
3. ORGANISMES DE LA SPHÈRE SOCIALE	8
3.1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	8
3.2. Agence centrale des organismes de la Sécurité sociale (ACOSS)	8
3.3. Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	8
3.4. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)	8
4. ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ	9
4.1. Représentants des établissements publics de santé	9
4.1.1. Fédération hospitalière de France (FHF)	9
4.1.2. Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux et universitaires	9
4.1.3. Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers régionaux et universitaires	9

4.1.4.	<i>Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers</i>	9
4.1.5.	<i>Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers</i>	9
4.1.6.	<i>Conférence des présidents de CME des établissements publics de santé mentale</i>	9
4.2.	Centres hospitaliers régionaux et universitaires.....	10
4.2.1.	<i>Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP)</i>	10
4.2.2.	<i>Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (APHM)</i>	10
4.3.	Centres hospitaliers	10
4.3.1.	<i>Bourgogne-Franche-Comté</i>	10
4.3.2.	<i>Hauts-de-France</i>	10
4.3.3.	<i>Île-de-France</i>	11
4.3.4.	<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	11
5.	ACTEURS DU MONDE ÉCONOMIQUE	12
5.1.	Agences de notation.....	12
5.1.1.	<i>Fitch ratings</i>	12
5.2.	Établissements de crédit.....	12
5.2.1.	<i>Banque européenne d'investissement</i>	12
5.2.2.	<i>SFIL</i>	12
5.2.3.	<i>Caisse des dépôts et des consignations</i>	12
5.2.4.	<i>Agence française de développement</i>	12
5.2.5.	<i>BPCE</i>	13
5.2.6.	<i>Crédit agricole</i>	13
5.3.	Cabinet de conseil en gestion de la dette.....	13
5.3.1.	<i>Finance active</i>	13
5.4.	Personnalités qualifiées	13

1. Services centraux ministériels

1.1. Premier ministre

1.1.1. Cabinet du Premier Ministre

- ◆ M. Franck Von Lennep, conseiller santé, protection sociale, politiques sociales (chef de pôle)
- ◆ M. Jonathan Bosredon, conseiller protection sociale (adjoint au chef du pôle)
- ◆ M. Guillaume Couillard, conseiller technique santé
- ◆ M. Antoine Saintoyant, conseiller économie, finances, industrie (chef de pôle)
- ◆ M^{me} Aurélia Lecourtier-Gegout, conseillère budget, fonction publique, réforme de l'État (chef de pôle)
- ◆ M. Jean-Baptiste Minato, conseiller technique budget

1.1.2. Secrétariat général aux affaires européennes

- ◆ M. Salvatore Serravalle, secrétaire général adjoint aux affaires européennes
- ◆ M^{me} Catherine Laffont Del Cardayre, adjointe au chef de secteur marché intérieur, consommateurs, concurrence, aides d'État, mieux légiférer

1.2. Ministère de l'Économie et des Finances

1.2.1. Cabinet du Ministre

- ◆ M. Thomas Revial, directeur adjoint du cabinet
- ◆ M. Emmanuel Monnet, conseiller en charge du financement de l'économie

1.2.2. Direction générale du Trésor

1.2.2.1. Agence France Trésor

- ◆ M. Anthony Requin, directeur général
- ◆ M. Cyril Rousseau, directeur général adjoint
- ◆ M. Philippe Guyonnet-Dupérat, chef du bureau trésorerie de l'Etat
- ◆ M^{me} Isabelle Traversaz, responsable du pôle contrôle interne et contrôle des risques
- ◆ M^{me} Diana Laithier, responsable du pôle des opérations de post-marché

1.2.2.2. Agence des participations de l'Etat

- ◆ M. Philippe Marseille, responsable du pôle audit et comptabilité

Pièce jointe 3

1.2.2.3. Service des politiques publiques

- ◆ M. Thierry Grignon, chef du bureau de la santé et des comptes sociaux (PolSoc2)
- ◆ M. Simon Schatz, adjoint au chef du bureau de la santé et des comptes sociaux (PolSoc2)
- ◆ M. Clovis Kerdrain, chef du bureau de la synthèse des finances publiques (Fipu1)
- ◆ M. Bruno Bjai, adjoint au chef du bureau de la synthèse des finances publiques (Fipu1)
- ◆ M. Pol Copin, adjoint au chef du bureau de la synthèse des finances publiques (Fipu1)

1.2.2.4. Service du financement de l'économie

- ◆ M. Vincent Alhenc-Gelas, chef du bureau financement du logement et d'activités d'intérêt général (BancFin3)
- ◆ M^{me} Diane Fattelay, adjointe au chef du bureau financement du logement et d'activités d'intérêt général (BancFin3)

1.2.3. Direction des affaires juridiques

- ◆ M^{me} Agnès Karbouch, sous-directrice du droit public et du droit européen et international
- ◆ M. Olivier Biget, chef du bureau du droit public général et constitutionnel
- ◆ M. Serge Marasco, consultant au bureau du droit public général et constitutionnel
- ◆ M^{me} Catherine Houdant, adjointe à la cheffe du bureau du droit européen et international
- ◆ M^{me} Mélanie Ceppe, consultante au bureau du droit européen et international

1.3. Ministère de l'Action et des Comptes publics

1.3.1. Cabinet du Ministre

- ◆ M^{me} Justine Coutard, directrice du cabinet
- ◆ M. Florian Colas, directeur adjoint du cabinet
- ◆ M^{me} Pauline Hodille, conseillère comptes sociaux

1.3.2. Service de contrôle budgétaire et comptable ministériel (SCBCM)

- ◆ M^{me} Christine Buhl, contrôlease budgétaire et comptable ministérielle
- ◆ M^{me} Claudine Tixier, cheffe du département comptable ministériel
- ◆ M^{me} Joëlle Perrier, responsable de la division financière

1.3.3. Direction générale des finances publiques (DGFîP)

1.3.3.1. Service des collectivités locales

- ◆ M. Guillaume Robert, chef du service
- ◆ M. Étienne Duvivier, sous-directeur de la gestion comptable et financière des collectivités locales

Pièce jointe 3

- ◆ M. Nicolas Sachot, chef du bureau de l'expertise juridique (CL-1A)
- ◆ M. Philippe Gac, chef du bureau des comptabilités locales (CL-1B)
- ◆ M^{me} Emmanuelle Chouvelon, adjointe au chef du bureau des comptabilités locales (CL-1B)
- ◆ M. Eric Delandre, bureau des comptabilités locales (CL-1B)
- ◆ M. Alexis Manouvrier, chef du bureau trésorerie, moyens de paiement et activités bancaires (CL-1C)
- ◆ M^{me} Nathalie Viault, adjointe au chef du bureau conseil fiscal et valorisation financière du secteur public local et du secteur public de santé (CL-2A)
- ◆ M^{me} Catherine Privez, bureau conseil fiscal et valorisation financière du secteur public local et du secteur public de santé (CL-2A)
- ◆ M. Philippe Finger, bureau conseil fiscal et valorisation financière du secteur public local et du secteur public de santé (CL-2A)
- ◆ M^{me} Isabelle Prieur, adjointe au chef du bureau de la maîtrise d'ouvrage du secteur public local (CL-2C)

1.3.3.2. Service de la fonction financière et comptable de l'Etat

- ◆ M^{me} Valérie Pétilion-Boisselier, cheffe du bureau opérateurs de l'Etat (2FCE-2B)

1.3.3.3. Service de la gestion fiscale

- ◆ M. Denis Boissault, chef du bureau des études statistiques en matière fiscale (GF-3C)

1.3.3.4. Pôle national de soutien au réseau

- ◆ M. Sylvain Biancamaria, responsable
- ◆ M^{me} Marie-Agnès Pincin, adjointe
- ◆ M. Renaud Taillades

1.3.4. Direction du budget (DB)

- ◆ M^{me} Amélie Verdier, directrice du budget
- ◆ M. David Bonnoit, chef du bureau comptes sociaux et santé
- ◆ M. Pierre Lespagnol, adjoint au chef du bureau comptes sociaux et santé

1.4. Ministère des Solidarités et de la Santé

1.4.1. Cabinet de la Ministre

- ◆ M. Thomas Deroche, directeur adjoint du cabinet, chargé de la santé
- ◆ M. Clément Lacoïn, conseiller budgétaire et finances sociales
- ◆ M. Mathieu Leclercq, conseiller en charge de l'organisation des soins et de l'exécution des réformes

1.4.2. Secrétariat général des ministères des affaires sociales

- ◆ M^{me} Sabine Fourcade, secrétaire générale

1.4.3. Direction des affaires juridiques (DAJ)

- ◆ M. Charles Touboul, directeur des affaires juridiques
- ◆ M. Emmanuel Vernier, chef de service, adjoint du directeur
- ◆ Mme Florence Duenas, sous-directrice
- ◆ M. Gilles Sicard, adjoint au chef du département législation
- ◆ M. Clément Daumas, département droit public, droit public interne et international

1.4.4. Délégation ministérielle au numérique en santé

- ◆ M^{me} Laura Létourneau, déléguée ministérielle au numérique en santé

1.4.5. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

1.4.5.1. Direction générale

- ◆ M^{me} Katia Julienne, directrice
- ◆ M^{me} Stéphanie Decoopman, cheffe de service, adjointe à la directrice générale

1.4.5.2. Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

- ◆ M. Olivier Scemama, adjoint au chef de bureau prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale (R4)
- ◆ M^{me} Anne-Noëlle Machu, chargée de mission personnes âgées (R4)
- ◆ M. Charles Vigouroux, chargé de mission appui juridique au bureau évaluation, modèles et méthodes (R5)

1.4.5.3. Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

- ◆ M^{me} Marie-Anne Jacquet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
- ◆ M^{me} Claire-Lise Bellanger-Mauffret, cheffe du bureau efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)
- ◆ M^{me} Gaëlle Kuster-Mallaquin, adjointe à la cheffe du bureau puis cheffe de bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)
- ◆ M^{me} Aurélie Message, chargée de mission (PF1)
- ◆ M. Simon Mery, chargé de mission analyses macro-économiques et financières des établissements de santé (bureau PF1)
- ◆ M. Yannick Le Guillou, chef de projet supervision financière (bureau PF1)
- ◆ M. Hervé Tanguy, chargé de mission coopérations et contractualisations (bureau PF3)
- ◆ M^{me} Caroline Le Gloan, cheffe du bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (PF5)

Pièce jointe 3

1.4.5.4. *Sous-direction de la stratégie et des ressources*

- ◆ M. Frédéric Kervella, chef du bureau synthèse stratégique et appui au pilotage (SR1)
- ◆ M^{me} Marie-Odile Thévenon, cheffe du bureau du système d'information décisionnel (SR6)
- ◆ M. Frédéric Albert, responsable méthodes et outils au service de la décision au bureau du système d'information décisionnel (SR6)

1.4.6. *Direction de la Sécurité sociale (DSS)*

- ◆ M^{me} Marianne Kermoal-Berthome, cheffe de service, adjointe à la directrice

1.4.6.1. *Sous-direction du financement du système de soins (1^{ère} sous-direction)*

- ◆ M. Timothée Mantz, adjoint au sous-directeur
- ◆ M^{me} Anaïs Callot, adjointe à la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
- ◆ M. Yann Desplan, adjoint au chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux (1A)

1.4.6.2. *Sous-direction du financement de la sécurité sociale (5^{ème} sous-direction)*

- ◆ M. Pierre Prady, adjoint au sous-directeur du financement de la sécurité sociale
- ◆ M^{me} Anna Gomez-Colombani, adjointe au bureau de la synthèse financière (5A)

1.4.6.3. *Mission comptable permanente*

- ◆ M^{me} Dorastella Filidori, secrétaire générale

1.4.7. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*

- ◆ M. Fabien Toutlemonde, chef du bureau établissements de santé
- ◆ M^{me} Jehanne Richet, adjointe au chef du bureau

2. Agences régionales de santé

2.1.1. Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes

- ◆ Dr. Jean-Yves Grall, directeur général, président du collège des directeurs généraux d'agences régionales de santé
- ◆ M. Igor Busschaert, directeur de l'offre de soins

2.1.2. Agence régionale de santé de Bourgogne-France-Comté

- ◆ M. Pierre Pribile, directeur général
- ◆ M. Olivier Obrecht, directeur général adjoint
- ◆ M^{me} Aline Guibelin, déléguée départementale de l'Yonne
- ◆ M^{me} Agnès Hochart, adjointe au chef du département performance des soins hospitaliers, direction de l'organisation des soins (PSH- DOS)
- ◆ M^{me} Natacha Ségaut, adjointe au chef de département PSH- DOS, en charge de l'appui à la performance
- ◆ M^{me} Iris Tournier, adjointe au chef du département PSH- DOS, en charge de l'allocation des ressources
- ◆ M. Philippe Pigeron, chargé de mission investissements (PSH-DOS)
- ◆ M^{me} Léa Larosa, chargée de mission suivi budgétaire et financier des établissements de santé (PSH- DOS)
- ◆ M. Luc Mouillère, chargé de mission suivi budgétaire et financier des établissements de santé (PSH-DOS)

2.1.3. Agence régionale de santé des Hauts-de-France

- ◆ M. Étienne Champion, directeur général
- ◆ M. Arnaud Corvaisier, directeur général adjoint
- ◆ M. Pierre Boussebart, sous-directeur performance, qualité, produits de santé

2.1.4. Agence régionale de santé d'Île-de-France

- ◆ M. Aurélien Rousseau, directeur général
- ◆ M^{me} Bénédicte Dragne-Ebrardt, directrice du pôle efficacité à la direction offre de soins

2.1.5. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine

- ◆ M^{me} Élodie Couaillier, directrice des financements
- ◆ M^{me} Bénédicte Abbal, directrice adjointe des financements

Pièce jointe 3

2.1.6. Agence régionale de santé d'Occitanie

- ◆ M. Pierre Ricordeau, directeur général

2.1.7. Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur

- ◆ M. Philippe De Mester, directeur général
- ◆ M^{me} Véronique Billaud, directrice général adjointe
- ◆ M. Anthony Valdez, directeur de l'organisation des soins
- ◆ M. Olivier Panza, responsable du service de la régulation financière et budgétaire

3. Organismes de la sphère sociale

3.1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- ◆ M^{me} Véronique Sauvadet-Chouvy, chef de service financement et analyse économique
- ◆ M. Samir Kaïdi, analyste financier
- ◆ M. Gaël Priol, statisticien chargé d'études

3.2. Agence centrale des organismes de la Sécurité sociale (ACOSS)

- ◆ M. Yann-Gaël Amghar, directeur
- ◆ M. Emmanuel Laurent, directeur financier
- ◆ M^{me} Camille L'Hernault, directrice financière et comptable
- ◆ M. Thomas Filleur, sous-directeur trésorerie
- ◆ M^{me} Delphine Soulabail, sous-directrice trésorerie et maîtrise d'ouvrage

3.3. Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

- ◆ M. Jean-Louis Rey, président
- ◆ M. Philippe Noël, chef du département des opérations de marché
- ◆ M^{me} Geneviève Gauthey, secrétaire générale adjointe

3.4. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

- ◆ M. Marc Scholler, directeur comptable et financier
- ◆ M^{me} Najma Abidar
- ◆ M^{me} Antinéa Lladser

4. Établissements publics de santé

4.1. Représentants des établissements publics de santé

4.1.1. Fédération hospitalière de France (FHF)

- ◆ M^{me} Zaynab Riet, déléguée générale
- ◆ M^{me} Cécile Chevance, responsable du pôle finances
- ◆ M. Vincent Roques, responsable adjoint du pôle finances
- ◆ M. Denis Valzer, délégué régional Bourgogne-Franche-Comté
- ◆ M^{me} Sévéna Relland, déléguée régionale adjointe Bourgogne-Franche-Comté

4.1.2. Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux et universitaires

- ◆ M^{me} Catherine Geindre, présidente
- ◆ M. Harold Astre, directeur auprès de la présidente
- ◆ M^{me} Danielle Portal, directrice générale du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens, présidente de la commission des affaires financières
- ◆ M. Camille Dumas, directeur des affaires financières des hospices civils de Lyon, coordonnateur de la commission des affaires financières

4.1.3. Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers régionaux et universitaires

- ◆ Pr. François-René Pruvot, président, président de la commission médicale d'établissement du CHU de Lille

4.1.4. Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers

- ◆ M. Francis Saint-Hubert, président, directeur du centre hospitalier départemental de La Roche-sur-Yon

4.1.5. Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers

- ◆ Dr. Jean-Marie Woehl, vice-président, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Colmar

4.1.6. Conférence des présidents de CME des établissements publics de santé mentale

- ◆ Dr. Christophe Schmitt, membre du bureau, président de la commission médicale d'établissement des CHS de Jury et Lorquin

4.2. Centres hospitaliers régionaux et universitaires

4.2.1. Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP)

- ◆ M. Martin Hirsch, directeur général
- ◆ Pr. Rémi Salomon, président de la commission médicale d'établissement
- ◆ M. Pierre-Emmanuel Lecerf, directeur général adjoint
- ◆ M. Didier Frandji, directeur finances et patrimoine
- ◆ M. Arnaud Lunel, département de la stratégie financière et patrimoniale

4.2.2. Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (APHM)

- ◆ M. Jean-Olivier Arnaud, directeur général
- ◆ M. Arnaud Vanneste, directeur général adjoint
- ◆ M^{me} Muriel Dubo, directrice adjointe, direction des affaires financières
- ◆ M^{me} Nathalie Amsellem, ingénieure en chef

4.3. Centres hospitaliers

4.3.1. Bourgogne-Franche-Comté

4.3.1.1. Centre hospitalier de Sens (Yonne) / GHT Nord Yonne

- ◆ M. Jean-Dominique Marquier, directeur
- ◆ M. Marcus Pereira, responsable des affaires financières

4.3.1.2. Centre hospitalier d'Auxerre (Yonne)

- ◆ M. Pascal Guin, directeur
- ◆ M^{me} Melissa Loiseau, directrice des finances

4.3.1.3. Centre hospitalier d'Avallon (Yonne)

- ◆ M. Matthieu Villecourt, directeur
- ◆ M^{me} Marie-Laure Benoist, responsable des finances

4.3.2. Hauts-de-France

4.3.2.1. Centre hospitalier de Valenciennes (Nord)

- ◆ M. Rodolphe Bourret, directeur général
- ◆ M. Sylvain Cadin directeur général adjoint
- ◆ M. Berthot, attaché d'administration, service financier

Pièce jointe 3

4.3.2.2. Centre hospitalier de Seclin (Nord)

- ◆ M^{me} Sophie Delmotte, directrice
- ◆ M^{me} Laurence Manniez, directrice de la stratégie
- ◆ M. Mohammed Nouaoui, directeur des affaires financières

4.3.3. Île-de-France

4.3.3.1. Centre hospitalier Sud-Francilien (Essonne)

- ◆ M. Gilles Calmes, directeur par intérim
- ◆ M. Marc Tochon, directeur des finances et du système d'information

4.3.3.2. Centre hospitalier de Pontoise (Val-d'Oise) / GHT Nord-Ouest Vexin Val-d'Oise

- ◆ M. Alexandre Aubert, directeur
- ◆ M^{me} Sophie Brun, directrice du pôle finances et performance
- ◆ M^{me} Virginie David, directrice des affaires financières
- ◆ M^{me} Floriane Rivière, adjointe au directeur de l'établissement support du GHT
- ◆ M^{me} Sophie Brun, directrice du pôle finances et performance
- ◆ M^{me} Virginie David, directrice des affaires financières
- ◆ M^{me} Floriane Rivière, adjointe au directeur de l'établissement support du GHT

4.3.4. Provence-Alpes-Côte d'Azur

4.3.4.1. Centre Hospitalier d'Avignon

- ◆ M. Jean-Noël Jacques, directeur
- ◆ M^{me} Cécile Polito secrétaire générale, directrice des finances
- ◆ M^{me} Christelle Falco, service financier

5. Acteurs du monde économique

5.1. Agences de notation

5.1.1. Fitch ratings

- ◆ M. Nicolas Painvin, responsable du groupe finances publiques internationales
- ◆ M. Pierre Charpentier, *associate director* finances publiques internationales

5.2. Établissements de crédit

5.2.1. Banque européenne d'investissement

- ◆ M^{me} Élodie de Récy, cheffe du bureau du groupe BEI à Paris
- ◆ M. Andrea Durante, chef d'unité
- ◆ M. Rodolphe Ullens de Schooten, chargé d'opération

5.2.2. SFIL

- ◆ M. Philippe Mills, directeur général
- ◆ M. Stéphane Costa de Beauregard, direction de la gestion de l'encours
- ◆ M. Vincent Reulier, direction de la médiation
- ◆ M. Emmanuel Moritz, directeur des risques de crédit
- ◆ M. Sébastien Villeret, responsable analyse risque de crédit

5.2.3. Caisse des dépôts et des consignations

- ◆ M. Rodolphe Masson, responsable du service secteur public et projets complexes
- ◆ M. Jérôme Rosset, service des prêts au secteur public
- ◆ M. Arnaud Dura, direction des risques groupes, responsable du service analyse financière Habitat social et service public local
- ◆ M. Jean-Christophe Zussa, analyste financier référent sur le secteur hospitalier

5.2.4. Agence française de développement

- ◆ M. Florian Raffatin, directeur du département gestion financière des concours
- ◆ M^{me} Virginie Leroy, directrice du département transition démographique et sociale
- ◆ M. Frédéric Guillaume, directeur adjoint département Trois Océans
- ◆ M. Philippe Walfard, responsable adjoint de la division santé et protection sociale
- ◆ M. Philippe Lagier, chef de projet, référent du pôle hôpital
- ◆ M. Xavier de la Guérivière, chargé de mission juriste

Pièce jointe 3

5.2.5. BPCE

- ◆ M. Jean-Sylvain Ruggiu, directeur secteur public et partenariats public-privé
- ◆ M. Fabrice Gourgeonnet, directeur du développement Caisse d'épargne
- ◆ M. Jérémy Estrader, directeur des marchés logement social, EPL et immobilier professionnel
- ◆ M^{me} Delphine Blaise, développement Caisse d'épargne banque proximité et assurance

5.2.6. Crédit agricole

- ◆ M^{me} Véronique Lofaso, responsable secteur public et économie sociale
- ◆ M^{me} Barbara Delafenestre, responsable marché collectivités

5.3. Cabinet de conseil en gestion de la dette

5.3.1. Finance active

- ◆ M. Patrice Chatard, directeur général
- ◆ M. Antoine Le Niniven, consultant manager, secteur public local

5.4. Personnalités qualifiées

- ◆ M. Éric Gissler, inspecteur général des finances, auteur de la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales (dite « *charte Gissler* »)
- ◆ M. Philippe Dupuis, inspecteur général des finances, chef de la mission du contrôle économique et financier des transports