

La dette des établissements publics de santé

Analyses et propositions ADH

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financements de la sécurité sociale

Audition publique ADH – 20 janvier 2015

Contributeurs :

Frédéric Boiron, Président de l'ADH et Directeur Général du CHU de Saint-Etienne ;
Christophe Got, Vice-président Réflexions & Positions ADH et Directeur chargé de mission à la Direction générale de l'AP-HM ;
Olivier Bossard, Directeur Général du groupe Harmonie Cliniques Pays de la Loire ;
Aymeric Chauchat, Chargé de mission « appui à la performance hospitalière » à l'ARS Nord-Pas-de-Calais ;
Catherine Creuzet, Directrice des Affaires Financières et de la Clientèle au CH de Saint Quentin ;
Nicolas Meyniel, Directeur des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion au CHU de Saint-Etienne ;
Vincent Vioujas, Directeur Services Financiers et Informatiques au CH de Salon-de-Provence ;
Alain Slama, Premier Conseiller à la Cour des Comptes de Normandie.

Contact :

Morgane Le Gall – Responsable communication et affaires générales

Permanence ADH

Centre hospitalier Sainte-Anne

1 rue Cabanis PARIS 14

T/ 01 45 65 76 92 - F/ 01 45 65 88 60

E-mail/ permanence@adh-asso.org

www.adh-asso.org

1. Etat des EPS et de la dette Analyse dette des EPS 2007-2012

Messages clés :

1. La modernisation des établissements public de santé était nécessaire (taux de vétusté élevé en 2002)
2. Les plans d'investissement basés sur un large recours à l'emprunt ont été validés par la tutelle, autant l'objet des dépenses que les modalités de financement
3. Le ralentissement de l'ONDAM et le financement à la T2A ont rogné les marges attendues pour garantir l'équilibre de ces investissements

1. Une augmentation de l'endettement dont les causes sont clairement identifiées

D'une manière générale, **le principal facteur d'augmentation de la dette tient à l'encouragement donné par les pouvoirs publics pour rénover les plateaux techniques, les systèmes d'information et favoriser les recompositions hospitalières.** Comme l'a fort justement rappelé la Cour des comptes, **les principaux plans d'investissement** (Hôpital 2007, et dans une moindre mesure Hôpital 2012) **reposaient sur un financement par emprunt, les hôpitaux étant aidés afin de couvrir les surcoûts d'exploitation.** « Cette progression spectaculaire trouve pour l'essentiel son origine dans une politique de soutien à l'investissement privilégiant le financement par l'endettement, dans le cadre des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Le choix des projets ainsi aidés a été réalisé sans prise en compte suffisante des considérations d'efficience qui auraient dû guider la modernisation du parc hospitalier. » *Rapport de la Cour des Comptes 2014 – Résumé P.9*

La responsabilité des Directeurs apparaît au travers de prévisions d'activité optimistes, n'anticipant pas le resserrement de l'ONDAM (bien supérieur à 2% à l'époque): « À cette défaillance de la tutelle s'est ajoutée de la part des gestionnaires hospitaliers une vision exagérément optimiste de l'accroissement de l'activité des établissements publics et de sa traduction en termes de recettes dans le nouveau système de tarification à l'activité, de nature à fausser les perspectives de financement. Le resserrement de l'ONDAM hospitalier et ses conséquences sur le niveau des tarifs n'ont pas été anticipés. » *Rapport de la Cour des Comptes 2014 – Résumé P.10*

Portés par les plans « H2007 » puis « H2012 », **les établissements ont appliqué ainsi le fameux « effet de levier »,** avec une prise de risque financier importante. L'audit de la situation financière des établissements et l'analyse sur le long terme des effets d'un endettement massif au niveau du bilan n'ont pas été établis et corrélés aux décisions d'approbation des investissements (pas de vérification de la capacité des établissements à supporter leurs propres projets et leur endettement). Cela dit, on peut rappeler que **l'appréciation de ce risque n'était pas encore intégrée à la culture managériale du moment dans la plupart des hôpitaux, ni au sein des ARH.**

Ce risque a été aggravé par deux aspects :

- **L'évolution des modalités du soutien public aux investissements vers un modèle privilégiant l'endettement :** apport partiel en capital pour les premières opérations Hôpital 2007, puis uniquement soutien ou « neutralisation » du coût de l'emprunt par la suite.
- **L'impact de la T2A, majoré par l'accélération du calendrier en 2008, qui a rogné les marges de nombreux établissements.**

Les dirigeants hospitaliers ont donc mis en œuvre une politique nationale, qui comprenait des calendriers permettant rarement de mener des études approfondies sur l'évolution de l'activité ou la rentabilité des investissements. Précisons que les référentiels de l'ANAP sur ce sujet ont été publiés en 2009.

2. Des progrès de restructuration et de modernisation incontestables du système hospitalier

Si l'augmentation significative de l'endettement des établissements de santé est indéniable, elle doit être remise en perspective. **Le système hospitalier a connu une période historique de modernisation et de restructuration et on ne soulignera jamais assez que cette relance des investissements était indispensable**, qu'il s'agisse de la modernisation des plateaux techniques au regard des nouvelles exigences de sécurité sanitaire, de la relance des systèmes d'information, voire plus prosaïquement de la restructuration des unités d'hospitalisation, en lien avec le développement progressif d'une culture clientèle : combien de chambres à 2, 3 ou 4 lits en 2006, combien aujourd'hui ? Combien d'opérations régulièrement reportées ont pu enfin aboutir grâce à ces deux plans ?

Ex. Au CH de Saint Quentin, la construction du nouveau plateau technique, pour un coût final de 80 M€ (pour un budget de 185 M€), a permis de doter l'hôpital d'un outil de forte notoriété (argument déterminant pour le recrutement médical), efficace (l'ARS a confirmé dans une étude récente que le nombre de salles de bloc était adéquat), et protecteur (l'établissement n'a plus d'investissement massif à prévoir pour les 10 prochaines années, uniquement des opérations < 10 M€ qui peuvent être adaptées ou différées en fonction du contexte financier). La contrepartie négative est un endettement élevé (le CH de Saint Quentin est concerné par les 3 critères du décret de 2011) et durable (20 à 30 ans encore pour certaines composantes de la dette), qui complique le maintien à l'équilibre au moment où les recettes d'activité décroissent.

3. Quelles solutions pour ralentir l'évolution de la dette ?

Depuis quelques années, un véritable bond a été réalisé en termes **d'outils et de culture de la prévision et de l'analyse financière**, aussi bien au niveau des établissements que des ARS.

Pour autant, ces outils (Hospidiag, Anap, par exemple), qui permettent de mieux apprécier l'impact d'une opération d'envergure, **ne donnent pas de solution pour en effacer le coût et ne résolvent pas la question du financement de l'investissement hospitalier** : or l'hôpital a sans cesse besoin d'investir, sinon il meurt.

Les solutions de fond :

- reconstituer les marges des établissements, leur permettant d'autofinancer la majorité de leur investissement, en tenant compte des difficultés de certains (isolement, démographie médicale en berne, vétusté...).
- allouer en capital les aides et non en aide aux surcoûts d'emprunts.

2. Management de la dette et gestion des emprunts toxiques

Messages clés :

1. **La solution actuelle de gestion de la dette toxique n'est pas satisfaisante, trop partielle dans sa cible et dans son volume**
 2. **Le fonds de soutien doit être augmenté (+250 M€) et cofinancé par les établissements bancaires ayant le plus contribué à la diffusion des emprunts toxiques**
 3. **L'ADH ne soutient pas systématiquement le recours au contentieux mais ne l'interdit pas en l'absence de solutions traitant de toutes les difficultés rencontrées**
-

Comme nous l'avons vu précédemment, la situation de la dette que connaissent de nombreux établissements de santé ne peut s'analyser qu'au travers du contexte dans lequel ils évoluent depuis 2005.

- D'une part, du fait de la relance de l'investissement hospitalier au travers des plans hôpital 2007 et 2012, les besoins de financement se sont accrus. Or, le mode de financement de ces plans était bâti sur aides en exploitation couvrant les charges d'intérêt de l'endettement contracté par les établissements, devant générer un « effet de levier », et non sur une aide en capital des pouvoirs publics ou de l'assurance maladie.
- D'autre part, la réforme budgétaire et comptable réalisée en parallèle de celle de la T2A a repositionné l'investissement et son financement dans une logique purement financière, en créant un lien mécanique entre résultat d'exploitation, capacité d'autofinancement et décision d'investir.
- Enfin, concomitamment également, les résultats d'exploitation des EPS se dégradaient réduisant significativement la capacité d'autofinancement, augmentant donc le recours à l'emprunt.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que l'endettement des établissements ait crû dans d'importantes proportions et que les gestionnaires de ces établissements aient recherché, afin de limiter l'impact de cet endettement sur un cycle d'exploitation souvent dégradé, des produits financiers minimisant les frais financiers.

1. Rôle de certains établissements bancaires dans la souscription aux emprunts toxiques

Ce besoin a rencontré l'offre des banques, précisément à un moment où l'ingénierie financière conduisait à mettre sur le marché des produits dont on découvrirait plus tard qu'ils étaient « toxiques », c'est-à-dire facialement très attractifs mais générant un risque de coût d'exploitation excessivement élevé.

Bien sûr, toutes les banques ne sont pas en cause, les banques partenaires des établissements publics sont en effet souvent sérieuses et concernées par la solidité du secteur public. Mais la responsabilité de certains établissements bancaires dans la souscription de ce type de produits ne saurait être éludée tant celle-ci semble déterminante. Les emprunts structurés représentent un montage complexe, élaboré consciemment par l'établissement prêteur, dont c'est le métier et l'expertise. **L'attitude commerciale très active de certaines banques** (propositions de financements et de refinancements successifs) a indiscutablement joué un rôle majeur, les produits concernés étant présentés sous un jour favorable sans en expliquer correctement la structure ni les risques. D'un point de vue moral, qui plus est en regard de la situation de fait qui en découle, cette politique paraît particulièrement critiquable concernant les risques pris, sur ces conseils, par un établissement public de santé dont la mission et l'activité n'ont évidemment aucun rapport avec la valeur des monnaies sur les marchés financiers internationaux.

Au final, **l'emprunteur hospitalier confronté à des besoins de financement élevés sur courte période, se voyant proposer des produits présentant, facialement, une économie de dépense, s'est parfois laissé convaincre dans des proportions excessives.**

A partir d'un certain nombre de cas précis étudiés, **il apparaît nettement que c'est souvent la banque qui a été à l'initiative de la renégociation de certains contrats pour les faire évoluer vers des produits plus risqués** (avec l'attraction d'un taux bonifié pendant les premières années). Les dossiers de présentation minimisaient systématiquement les risques présentés et, pour certains, ont pu induire les emprunteurs en erreur (cf. utilisation du mot « tofix » pour qualifier le contrat). **Ce constat est largement corroboré par la Cour des comptes**, tant dans son rapport annuel de 2009 (p.258-259) que dans l'étude spécifique qu'elle a consacrée à Dexia, mettant en évidence la stratégie de la banque, s'apparentant à « une fuite en avant » (Dexia : un sinistre coûteux, des risques persistants).

Dès son rapport public de 2009, la Cour des comptes alertait les décideurs publics des risques portés par les emprunts structurés et de leur inadéquation dans le monde de la santé publique. Dans le même temps, de nombreuses Cours régionales des comptes ont fait des observations aux collectivités locales et aux hôpitaux sur les risques pris.

« En définitive, le succès des emprunts dits « structurés » auprès des collectivités et établissements publics locaux et des hôpitaux semble avant tout dû à une **stratégie commerciale efficace des établissements financiers, centrée sur des produits permettant d'opacifier la concurrence de reconstituer des marges** ». *Extrait du rapport public de la Cour de 2009 (p.8).*

2. Gestion des emprunts toxiques et stratégie de désensibilisation

A l'heure actuelle, la **stratégie de désensibilisation adoptée par les pouvoirs publics privilégie l'accord amiable avec les banques**, avec aide éventuelle par l'intermédiaire du fonds de soutien pour couvrir l'indemnité de résiliation anticipée (IRA), pour certains établissements et sous certains plafonds. **L'approche amiable était recommandée par la Cour des comptes, alors que la FHF encourage les établissements à engager une action contentieuse**, ce que quelques-uns d'entre eux commencent à faire. Le premier jugement rendu sur une affaire similaire (collectivité locale) conforte cette stratégie qui met en avant le défaut de conseil voire les abus des prêteurs.

La loi du 29 juillet 2014 s'inscrit dans ce cadre. Ce texte soulève néanmoins de nombreuses questions et il conviendra de voir comment il sera accueilli par les juridictions, sa conformité avec la CEDH étant par exemple clairement mise en cause.

En contrepartie du texte précité, a été annoncée la **mise en place d'un fonds de soutien, sur le modèle de celui adopté pour les collectivités territoriales**, dont les modalités viennent tout juste d'être précisées (instruction du 22 décembre 2014). **Il ne peut suffire à résoudre l'ensemble des situations.** Compte-tenu du montant (100 millions euros, à comparer aux 1,5 milliards dégagés pour les collectivités territoriales), l'aide est en effet fortement sélective. De fait, **celle-ci ne concerne que les contrats les plus risqués** (hors charte Gissler) et **les établissements les plus importants en sont exclus** (seuls sont concernés ceux dont le total des produits est inférieur à 100 millions euros). Ainsi, les CHU, dont 5% de l'encours est constitué de produits HC selon le rapport de la Cour des comptes, ne seront pas éligibles au dispositif. **Les opérations de désensibilisation seront donc en grande partie supportées par les hôpitaux** (l'aide du fonds est de toute manière plafonnée à 45% de l'IRA), soit, *in fine*, l'assurance maladie. Au regard de la responsabilité de certaines banques dans la souscription de ce type de produits, cette issue est hautement contestable.

L'ADH demande que le manque de clarté sur la gestion des emprunts toxiques soit corrigé par les pouvoirs publics : « Le ministère de la Santé n'a pas souhaité pour sa part afficher une stratégie de désensibilisation, en arguant de la volatilité et du montant très élevé des indemnités de remboursement anticipé (plus de 1.5Md€) alors que la progression de l'ONDAM est contrainte. » *Extrait du rapport public de la Cour des Comptes 2014 (page 115).*

Les managers hospitaliers demandent aussi qu'une partie plus grande des coûts de la désensibilisation de la dette soit pris en charge par un fonds **financé majoritairement par les banques ayant le plus contribué à la diffusion des emprunts toxiques** plutôt que par l'ONDAM. Au regard de l'enjeu global (1 milliard d'euros emprunts les plus risqués pour 70 établissements) **un dispositif d'accompagnement supplémentaire de 250 M€ au minimum paraît nécessaire pour**

envisager des transactions « acceptables » avec un objectif de « partage du risque ». Si tel n'est pas le cas, il faudra alors poursuivre les contentieux en cours.

En conclusion : les emprunts toxiques ont beaucoup frappé l'opinion et contribué à diffuser une image inexacte et très péjorative de la gestion hospitalière. **Il est temps, même si le problème est loin d'être entièrement résolu, d'insister sur le fait que le risque de contraction de nouveaux emprunts toxiques est maintenant maîtrisé, et de relativiser l'impact de ces emprunts sur la situation financière globale des hôpitaux. Il est également temps de traiter le problème entièrement et sur le fond, par une démarche centrée** sur cette problématique (et non pas adossée à une démarche centrée sur les collectivités locales comme c'est actuellement le cas). Cette démarche doit se baser **sur un bilan objectif et national de la situation** de chaque hôpital concerné, et trouver des solutions individualisées.

3. Financement de l'investissement hospitalier

Messages clés :

1. **L'ADH considère que les marges de manœuvre pour poursuivre l'optimisation de la dépense hospitalière sont réduites**
 2. **Une évolution des modes de financement et des réformes de l'organisation sanitaire sont nécessaires pour un système plus économe et plus équitable**
 3. **Le financement de l'investissement par la subvention en capital, sur une échelle supérieure à celle envisagée à ce jour, est nécessaire pour éviter le surendettement ou la vétusté dans les hôpitaux**
-

1. Hôpital public et redressement des finances publiques nationales : enjeux collectifs et responsabilisation des acteurs

1.1. Les directeurs d'hôpital ont conscience des efforts qui s'imposent à l'ensemble de la sphère publique pour engager le redressement des finances publiques

L'ADH mesure les enjeux de réduction de la dette publique et de retour rapide à l'équilibre des finances publiques. **Les efforts que les hôpitaux publics ont réalisés en matière budgétaire ces dernières années témoignent de l'engagement des directeurs d'hôpital**, et leur capacité à engager dans leurs établissements et à l'échelle territoriale un effort collectif d'optimisation des ressources et de réduction des coûts, dans une logique de santé publique.

La majorité des hôpitaux publics se sont engagés dans la voie de « l'optimisation des dépenses », parfois en instaurant de véritables logiques de contractualisation avec les agences régionales de santé : réorganisations internes (réduction des doublons et recherche des effets d'échelle), maîtrise des dépenses de médicament, rationalisation du recours aux plateaux techniques (actes de biologie, de radiologie etc.), contrôle accru des prescriptions.

Toutefois, **le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier exige chaque année un effort de productivité supplémentaire**, compte tenu de **la faible évolution des tarifs** d'une part, et, d'autre part, en raison du **gel des MIGAC** (dont sont essentiellement destinataires les hôpitaux publics) dont la vocation est de financer les missions de service public. Les « dépenses contraintes », liées notamment au personnel, dépendent de décisions de revalorisation catégorielle décidées en-dehors de toute concertation avec les employeurs hospitaliers : ceux-ci doivent néanmoins en financer les conséquences par des économies de gestion supplémentaires. Ex : internes, urgentistes.

1.2. L'ADH considère que les marges de manœuvre pour poursuivre l'optimisation de la dépense hospitalière sont réduites sans réformes structurelles

La crise financière qui a touché l'économie française rend plus visibles mais surtout plus sensibles les difficultés budgétaires des hôpitaux publics, sans qu'il s'agisse de défauts de gestion interne.

En effet, **le tendancier d'évolution des dépenses des établissements de santé (publics et privés) se situe sur une tendance supérieure à 3%** alors que le taux de progression de l'ONDAM est quant à lui actuellement à 2%.

L'écart est absorbé depuis plusieurs années par des efforts de productivité, mais ce mécanisme montre aujourd'hui ses limites. Ainsi, en 2013, le **déficit** de l'ensemble des hôpitaux publics représentait environ 400 millions d'euros, soit **plus de 0,5% de leur budget**.

L'importance des charges liées aux **ressources humaines** des établissements (environ 63% sur les derniers exercices, tous types d'établissements confondus) **relativise toute marge de manœuvre des chefs d'établissements**. La part masse salariale est en diminution légère depuis dix ans (66% en 2003 par exemple) du fait des réorganisations. Mais les dépenses à caractère médical (18,5% en moyenne) consomment une part croissante des marges, notamment en raison du prix des innovations (par exemple, les produits et thérapeutiques liés au Cancer).

Le rythme de réduction des dépenses publiques hospitalières ne pourra pas être tenu sans mesures d'ordre plus structurel qui nécessitent un arbitrage politique et une révision de l'organisation sanitaire.

1.3. La poursuite de l'investissement à l'hôpital public est conditionnée à une évolution des modalités de financement

Les tarifs ne couvrent pas l'intégralité des coûts de structure. Le calcul des coûts de GHM, via l'ENCC, qui sert de base à la construction des GHS, intègre les frais de structure liés aux frais financiers et aux dotations aux amortissements (comptes 66 et 68). Néanmoins, il faut rappeler que le taux de renouvellement des EPS est relativement bas et associé à un taux de vétusté important. **Ces coûts sont donc calculés sur des structures vieillissantes qui n'intègrent pas de nouveaux investissements.** Les tarifs prennent en compte uniquement la part renouvellement liée à l'investissement. De fait en l'absence d'apport en capital, sous forme par exemple de subvention d'investissement, le financement des restructurations importantes est réalisé essentiellement par emprunt. Il apparaît nécessaire d'intégrer ces points dans la construction des tarifs, ou de financer l'investissement structurant séparément, à la hauteur des enjeux de rénovation et de recomposition. Les annonces faites par le Ministère sur les investissements à 10 ans, avec 5% de subvention, est en total décalage avec la nécessité de désendettement des hôpitaux.

On peut tirer comme enseignement de la situation actuelle et des expériences passées que, si les pouvoirs publics entendent soutenir et accompagner l'investissement, **la part prise en charge à travers des aides en capital mérite d'être accrue**, plutôt que des aides en exploitation qui poussent au recours à l'emprunt (voir en ce sens Rapport FHF sur la T2A, p.96).

2. Hôpital public et mécanismes de financement : voies d'évolution pour un système plus efficace et équitable

2.1. Adapter les financements dynamisant et réorganisant l'activité hospitalière

Développement du soutien des pouvoirs publics

Dans les critères d'instructions des projets d'investissement, le COPERMO demande de travailler sur un objectif de taux de marge à 8% consacré :

- Pour 3% au renouvellement continu
- Pour 5% à la charge de la dette

Un établissement dans cette dynamique et présentant des projets restructurants **doit pouvoir envisager et « compter » dans son plan de financement sur un apport en subvention lui permettant de réaliser son opération en conservant son niveau d'endettement au maximum de 5%.**

La création des GHT, facteur potentiel d'économies

Sur la gestion de la dette, la création des GHT devrait à terme contribuer à la professionnalisation des acteurs et des processus.

Les GHT peuvent, en outre, être un **vecteur de simplification et d'efficacité économique important, mais avec des conditions** : si la loi ouvre la possibilité (pas l'obligation) de doter les GHT de personnalité morale pour gérer les fonctions-support structurantes et si les acteurs sont autorisés à

déterminer librement des GCS sectoriels, des transferts de compétences d'un établissement vers le groupement ou la désignation d'un établissement support pour gérer une fonction par délégation.

Aides à la contractualisation

L'ADH souhaite également une **réflexion sur les aides à la contractualisation, en particulier en ce sens qu'elles doivent permettre l'adaptation de l'hôpital aux nouveaux enjeux du système de santé**. L'hôpital est au cœur des parcours de soins. Il en concentre souvent les difficultés les plus prégnantes. La promotion des parcours, qui doit permettre, outre l'amélioration des prises en charges, d'optimiser la dépense de soins, n'est pas prise en compte dans les financements actuels. Le même constat a été effectué en matière de coopération hospitalière par la mission « Hôpital public¹ ».

Il ne s'agit pas ici de soutenir artificiellement des établissements qui ne sont pas en mesure de se positionner stratégiquement ou de répondre aux besoins de la population, mais de **permettre un peu plus aux établissements d'être sur un pied d'égalité avec les structures privées dans le cadre d'une logique concurrentielle**. Si l'on souhaite intégrer les EPS dans une logique compétitive non faussée, il convient dès lors de prendre en compte ces réalités mais également de réfléchir aux difficultés que les établissements peuvent connaître pour le recrutement de professionnels, et notamment de praticiens.

Pour une campagne d'investissement transparente

Les **directeurs d'hôpital demandent une clarification des modalités de financements de l'investissement**, qui dans le cadre actuel, est « censé » être couvert par les tarifs T2A. Toutefois, les établissements ne sont plus en mesure de mobiliser suffisamment de capacité de financement pour assurer leurs investissements courants, et ce malgré les plans nationaux. En conséquence, la dette des hôpitaux n'a cessé de croître ces dernières années sous l'effet de l'importante vague de modernisation des structures existantes engagées durant la dernière décennie, à l'initiative des pouvoirs publics, qui ont préféré financer des charges d'intérêts plutôt que de doter les établissements de capitaux propres.

Il est aussi important de **prendre en compte les réalités de territoire et le fait que des établissements, souvent isolés mais répondant à un besoin de la population soient déficitaires**. Des fonds spécifiques doivent permettre pour ces établissements de les accompagner et les aider à répondre à ces besoins de la population. Ces fonds doivent toutefois être différenciés des crédits FIR et AC.

Pour une simplification des procédures d'emprunts et de financement des investissements

- Alléger la procédure de mise en œuvre de l'autorisation annuelle d'emprunt prévue par le décret de 2011, en **s'appuyant sur le renforcement de l'approbation du PGFP et sur une instruction simplifiée des autorisations annuelles de recours à l'emprunt**, dès lors que les projets s'inscrivent dans le strict cadre du respect du PGFP.
- Donner une **lisibilité en début d'année** sur les financements éventuels qui seraient rendus disponibles pour répondre aux grandes orientations nationales (ex. : développement de la chirurgie ambulatoire, hôpital numérique) afin d'être en cohérence avec le calendrier de l'exercice budgétaire.
- Réviser la **réglementation sur les emprunts** (D.6145-70 à 72 du CSP), devenue lourde et peu réactive aux marchés, par un système d'autorisation pluriannuelle avec bornage et compte-rendu. Développer les capacités réelles et concrètes de **conseil et d'analyse** sur les instruments financiers, au niveau régional ou par territoire de santé, dans une approche professionnelle et partenariale.
- Rendre possible, de façon simple et par convention directe entre eux, le statut de **co-emprunteurs** de plusieurs établissements d'un même territoire, pouvant ainsi grouper leur appel au marché bancaire sans passer par la création complexe d'un GCS spécialisé.
- Autoriser et favoriser un recours accru à des **financements alternatifs** dans les établissements publics de santé (mécénat, fondation, valorisation du patrimoine immatériel des établissements).
- **Inscrire le financement des investissements hospitaliers dans les plans de relance européen** et de faire le lien entre l'investissement hospitalier et l'investissement local.

¹ Mission Hôpital public co-pilotée par le Dr Fellingier et par F.Boiron, Président de l'ADH, rapport d'avril 2012

2.2. Une réflexion à mener sur les modalités de financement des investissements immobiliers et le rôle des tutelles

Comme l'ont montré les différents rapports sur la T2A publiés dans le courant de l'année 2012, **la problématique est sans doute différente selon qu'il s'agit d'investissements médicaux, mobiliers ou relatifs au système d'information, et d'investissements immobiliers. S'agissant de ces derniers, la pertinence de leur financement via l'activité à travers le dispositif T2A mérite d'être posée.** La question s'est jusqu'à présent heurtée à la volonté de préserver absolument l'autonomie de décision des établissements publics de santé en la matière (voir en ce sens rapport FHF sur la T2A, p.91). Reste que la réalité de cette autonomie, qui semble largement virtuelle à plusieurs égards (cf. décret du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics ou la circulaire du 5 juin 2013 relative au Copermo), incite à s'interroger sur les modalités de financement des investissements immobiliers.

On ne peut que partager la préconisation de la **MECSS** qui, dans son rapport de 2012 (p.89), estimait que les tarifs n'ont pas vocation à financer l'immobilier et qu'un travail de réflexion entre les différents acteurs impliqués doit être engagé pour déterminer des modalités de financement qui ne soient pas strictement liées à l'activité.

Pour les établissements qui en disposent, la question de la valorisation du patrimoine mérite également d'être posée, en reconnaissant que, si de nets progrès ont été réalisés en la matière au cours des dernières années, il reste quelques marges de manœuvre (voir le chapitre du rapport annuel 2012 de la Cour des comptes consacré au patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins), tout en ayant conscience de la grande inégalité entre les hôpitaux sur ce point.