

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mercredi
8 octobre 2014
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 03

- Audition, ouverte à la presse, de M. Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre de la Cour des comptes, et de Mme Pascale des Mazery, conseillère maître, sur la communication de la Cour des comptes sur la dette des établissements publics de santé 3
- Informations relatives à la commission 20
- Présences en réunion..... 21

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 8 octobre 2014

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)



La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.

M. Jean-Pierre Door. Je souhaite revenir sur la question du virus Ebola. Nous avons reçu la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes pour une audition très intéressante. Or la situation s'aggrave et je suis étonné, madame la présidente, d'apprendre que la commission des affaires étrangères a organisé elle-même des auditions sur le sujet, ce qui paraît certes logique dès lors qu'il est question de la protection des personnels des ambassades, des personnels navigants, de ceux des grandes entreprises françaises qui se trouvent dans la zone concernée de l'Afrique de l'Ouest. Mais je regrette que nous n'ayons pas organisé de réunions communes entre les deux commissions.

J'avais demandé la création d'une mission d'information afin que la commission des affaires sociales reçoive toutes les personnes compétentes en la matière et en particulier les scientifiques. Vous avez répondu par la négative, mais j'insiste pour que notre Commission reçoive, notamment, les professeurs François Bricaire, Bruno Lina et Jean-Claude Manuguerra. En effet, nous ne devons pas occulter le sujet.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je ne crois pas que l'on puisse dire que nous ayons occulté la question. Le bureau de la Commission a décidé d'auditionner la ministre de la santé – il y a été donné suite immédiatement. Je ne souhaite pas, pour autant, que les parlementaires nourrissent l'angoisse des Français.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit seulement de les informer.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Certes, mais nous devons faire attention. La seule personne rapatriée d'Afrique de l'Ouest et atteinte par le virus est sortie de l'hôpital et est rentrée chez elle ; elle a donc été bien soignée. Pour l'heure, on ne recense pas d'autres cas en France.

En outre, vous savez bien, monsieur Door, que le calendrier de la Commission est très chargé : nous examinerons toute la semaine prochaine le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et, la semaine suivante, nous discuterons du texte en séance publique. Libre à vous d'organiser des réunions en parallèle, mais la Commission n'est pas en mesure d'auditionner des scientifiques dans les deux semaines à venir.

M. Jean-Pierre Door. Pourquoi la commission des affaires étrangères se saisit-elle de ce sujet et nous, non ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous avons auditionné la ministre et je puis vous assurer que nous nous sommes montrés plus réactifs qu'à l'époque du virus H1N1. Nous nous consacrons en ce moment à l'examen du projet de loi de financement, sans pour autant oublier le virus Ebola – même si aucun nouveau cas de contamination, je le répète, n'est recensé. Que Mme Guigou ait voulu entendre un représentant de Médecins sans

frontières, c'est son droit en tant que présidente de la commission des affaires étrangères. Mais, si vous voulez organiser une table ronde, je suis disponible pour ce faire les lundis et jeudis après-midi...

Mme Bérengère Poletti. Il eût été judicieux que les membres de la commission des affaires sociales soient avertis de l'audition organisée par la commission des affaires étrangères afin de permettre à ceux qui l'auraient souhaité d'y participer, car ce sujet relève aussi de notre compétence. Je trouve regrettable que nous ayons appris sa tenue tardivement. Une meilleure coordination entre les commissions aurait été la bienvenue. Certes, l'infirmière soignée en France a été guérie, mais il y a un autre cas en Espagne.

M. Christophe Sirugue. La question a été évoquée hier en Conférence des présidents et il a été décidé à l'unanimité que les auditions de la commission des affaires étrangères seraient ouvertes à l'ensemble des députés, notamment aux membres de la commission des affaires sociales.

Mme Bérengère Poletti. C'est parce que nous l'avons demandé !

M. Christophe Sirugue. Vous venez de dire que vous ne pouviez pas y assister ! Je donne la preuve du contraire.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mes chers collègues, à l'heure où nous nous réunissons ce matin, Mme Annick Girardin, secrétaire d'État chargée du développement, était auditionnée par la commission des affaires étrangères sur l'épidémie du virus Ebola, ce qui est normal, étant donné que la quasi-totalité des cas répertoriés l'ont été en Afrique de l'Ouest. Compte tenu de nos contraintes de calendrier, je vous propose d'organiser une audition d'organisations non gouvernementales (ONG) et de scientifiques sur ce sujet au cours de la première semaine de novembre.

La Commission procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre de la Cour des comptes, et de Mme Pascale des Mazery, conseillère maître, sur la communication de la Cour des comptes sur la dette des établissements publics de santé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous en venons à la présentation du rapport sur la dette des établissements publics de santé, commandé à la Cour des comptes par la Commission des affaires sociales et par la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) en octobre 2012 à l'initiative de notre collègue Jean-Marc Germain, et remis en avril 2014.

M. Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre de la Cour des comptes. La question que vous nous avez demandé de traiter est rarement analysée : longtemps, l'endettement hospitalier n'a pas été un sujet de préoccupation. Or il l'est devenu, et notre premier constat est celui d'un emballement de cette dette. Notre deuxième constat porte sur son niveau qui met certains établissements dans une situation à risque. Troisième constat, enfin, qui est en même temps notre recommandation principale : une stratégie résolue de désendettement des établissements publics de santé s'impose.

De 2003 à 2012, la dette hospitalière a triplé, passant de 9,8 milliards d'euros courants à 29,3 milliards. Elle a encore progressé d'un milliard d'euros en 2013. Elle a connu une dynamique particulièrement élevée – augmentant parfois jusqu'à 19 % d'une année à

l'autre. Pour la période 2006-2009, elle a crû en moyenne de 16 % par an. Ce rythme s'est néanmoins sensiblement infléchi puisqu'il est revenu à une hausse moyenne annuelle de l'ordre de 10 % dans les années récentes et de 6 % aujourd'hui.

Deux raisons expliquent cet emballement. La première est l'effort d'investissements considérable auquel les hôpitaux ont été appelés dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », qui a couvert la période 2002-2007, et du plan suivant, « Hôpital 2012 », pour la période 2007-2012. Ces deux plans, qui répondaient à un besoin de modernisation des hôpitaux publics, ont été financés non pas par des apports en capital, ni par des subventions, comme initialement prévu, mais, de plus en plus largement, par des appels à l'emprunt, avec l'apport de dotations de l'assurance maladie pour couvrir les charges d'intérêts. Ces plans se sont caractérisés par une relance considérable des investissements hospitaliers : ils sont passés de 3,6 milliards d'euros en 2003 à 5,5 milliards en 2007, 6,7 milliards en 2009, plus de 6 milliards en 2010 comme en 2011, avant de revenir à 5 milliards annuels en 2012 et 2013. L'endettement net annuel est demeuré supérieur à 2 milliards d'euros par an jusqu'en 2012 avant de revenir à 1,6 milliard, puis à un milliard.

Ce dynamisme de l'investissement hospitalier a été entretenu par l'abondance des projets présentés par les établissements eux-mêmes, ce qui a donné, dans le contexte de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et d'un regain d'activité des hôpitaux qui était source de recettes supplémentaires, le sentiment que le recours à l'emprunt était un moyen de financer dans de bonnes conditions ce surplus d'investissement. Au total, de 2003 à 2012, l'emprunt représentait le tiers des ressources consacrées à l'investissement par les établissements hospitaliers, soit bien davantage que ce qui avait été projeté par les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

La seconde raison de l'emballement constaté a été le désarmement progressif des contrôles de l'administration sur les stratégies de dette des établissements publics hospitaliers. Jusqu'en 2005, ces derniers devaient soumettre leurs emprunts à leur conseil d'administration, donnant à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), saisie des délibérations du conseil d'administration, la possibilité de réagir. Il est vrai que les ARH réagissaient rarement mais au moins étaient-elles informées de la stratégie d'endettement des hôpitaux. Or une ordonnance de 2005 a modifié ce régime en donnant davantage de latitude aux établissements hospitaliers dans la souscription de leurs emprunts, et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a encore élargi cette marge d'autonomie en donnant aux directeurs des hôpitaux une compétence pleine et entière en la matière.

Cette sorte de libéralisation du recours à l'emprunt a eu lieu au moment où le levier de la dette était le plus fortement mobilisé. La perspective d'un surcroît d'activité lié à l'entrée en vigueur de la T2A a facilité le recours à la dette. De ce fait, l'attention portée au choix des projets d'investissements a peut-être été moins vigilante qu'il n'eût fallu. La Cour des comptes et les chambres régionales des comptes ont ainsi constaté à de nombreuses reprises que ces choix n'avaient pas été guidés par un souci d'efficacité, et qu'on avait construit des établissements surdimensionnés par rapport à la réalité de leur activité.

L'emballement de la dette hospitalière a longtemps été négligé, ce qui explique le caractère tardif de la réaction des pouvoirs publics. Ce n'est qu'à partir de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 qu'ils ont cherché à mieux réguler l'appel à l'emprunt. Un décret a été pris à l'automne 2011 pour soumettre à autorisation d'emprunt les établissements les plus endettés ; il ne permet toutefois de réguler qu'une partie de l'appel à

l'emprunt, compte tenu des dispositions qui définissent les établissements surendettés et du fait que ces derniers soumettent aux agences régionales de santé (ARS) non pas leurs emprunts mais leurs plans prévisionnels d'endettement, c'est-à-dire le volume d'emprunts qu'ils envisagent de souscrire.

Notre deuxième constat est que cet emballement de la dette, depuis 2003, malgré l'effort de régulation de la fin 2011 – qui s'est surtout déployé en 2012 –, a mis certains hôpitaux dans une situation critique. J'évoquerai d'abord le niveau d'endettement, puis la part des emprunts toxiques dans la structure de la dette des établissements publics de santé.

Le niveau d'endettement des établissements publics de santé est devenu critique. L'alourdissement de la dette a eu, très logiquement, une incidence forte sur les ratios habituellement utilisés pour apprécier la situation financière des établissements. Le ratio de dépendance financière, c'est-à-dire la part de la dette dans les capitaux permanents, a augmenté de moitié et approche désormais 50 %. Le taux d'endettement, à savoir l'encours de la dette sur le total des produits d'activité, a lui-même doublé en dix ans et avoisine 40 %. Cet endettement élevé compromet le financement des investissements courants et des investissements incompressibles de renouvellement des équipements.

La marge brute des établissements, autrement dit le surcroît de recettes que leur activité dégage par rapport à leurs dépenses, s'élevait en 2011 à 5,1 %. Sur ces 5,1 %, ils doivent en moyenne consacrer 4,1 % au remboursement de leurs emprunts ; il ne leur reste donc qu'une marge nette de 1 %, alors que 3 %, au moins, seraient nécessaires pour financer leurs investissements courants comme le renouvellement des équipements. Aussi, compte tenu du poids de la dette, les établissements ne sont-ils pas à même de financer leurs investissements courants sans aides complémentaires de la part des pouvoirs publics.

J'en viens à la part considérable des emprunts toxiques dans la structure de la dette des établissements publics de santé, qui se sont trouvés dans la même situation que les collectivités territoriales au tournant des années 2000. Dans un climat de concurrence exacerbée, les établissements de crédit les ont sollicités pour qu'ils souscrivent des emprunts sophistiqués avec, dans un premier temps, une phase de bonification – donc avec un intérêt immédiat à la souscription –, mais, dans un second temps, une indexation les exposant à des risques considérables.

Dans l'encours des dettes hospitalières, les emprunts à risque élevé représentent 2,5 milliards d'euros, soit 9 % de l'encours total. Les emprunts particulièrement délétères représentent pour leur part un milliard d'euros, soit 4 % des encours. Selon les données que nous avons pu obtenir de la part de la société de financement local (SFIL), qui a repris à Dexia son portefeuille d'emprunts, les hôpitaux connaissent un niveau de risque équivalent à celui des collectivités locales : 34 % des encours des établissements publics de santé auprès de la SFIL correspondent à des emprunts structurés, contre 35 % pour les collectivités locales. Ces emprunts structurés représentent donc une part importante de l'encours de la dette hospitalière, et sont d'autant plus dangereux qu'ils sont concentrés sur un nombre limité d'établissements. Une centaine d'entre eux sont très fortement « chargés » en emprunts toxiques, certains importants comme le centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne, d'autres bien plus modestes comme le centre hospitalier intercommunal de Montreuil.

Cette situation, marquée par l'importance des emprunts toxiques, n'est pas encore totalement visible dans la comptabilité des hôpitaux, qui ne sont tenus de provisionner leurs

risques qu'à partir de l'exercice 2014. Or ces risques sont importants. Les éléments d'information que nous avons pu recueillir montrent que le coût de sortie des emprunts structurés – soit le rachat des options liées à ces emprunts toxiques – représente, en cas de remboursement anticipé, une dépense de l'ordre de 1,5 milliard d'euros, dont un milliard pour certains emprunts parmi les plus risqués, que les établissements bancaires ne consentent plus aujourd'hui ni aux collectivités locales ni aux établissements publics de santé car ils sont particulièrement dangereux.

Ces éléments expliquent qu'au moment où nous avons mené notre enquête, au premier trimestre 2014, les hôpitaux se trouvaient encore dans une situation de difficulté d'accès au crédit, qu'il s'agisse des crédits à court terme ou des crédits à moyen ou long terme nécessaires pour leurs investissements. En réalité, pour les établissements de crédit, les établissements publics de santé sont considérés comme moins rassurants que les collectivités locales : s'ils ont la même structure d'emprunt, ils n'ont pas, contrairement à elles, la possibilité de lever l'impôt. Aussi les établissements de crédit relèguent-ils en deuxième position les demandes d'emprunts des établissements hospitaliers.

Cette situation a été en partie palliée par la montée en puissance de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui a dégagé des enveloppes de crédit en faveur des établissements publics de santé, sous réserve que ces crédits soient d'une durée assez longue.

La difficulté d'accès au crédit bancaire a conduit un certain nombre d'établissements à diversifier leurs modalités de recours à l'emprunt. À partir de 2009, trois CHU ont souscrit directement des emprunts obligataires ; ils ne sont pas passés par l'intermédiaire d'établissements de crédit et ont sollicité directement le marché, avec un succès inégal : le dernier emprunt émis en 2013 a été jugé relativement risqué et les conditions d'emprunt obtenues n'ont donc guère été meilleures que s'ils avaient souscrit un emprunt bancaire.

Le troisième et dernier constat que nous formulons est le principal message de notre rapport : la situation exige d'engager une stratégie résolue de désendettement des établissements publics de santé, qui passe par plusieurs actions.

La première consiste à resserrer la dynamique de l'investissement hospitalier, qui ne peut plus continuer de progresser à son rythme antérieur : il faut le ramener à un étiage plus modeste. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) considère que le volume des investissements doit rester durablement à hauteur de 4,5 milliards d'euros par an pour permettre une stabilisation de la dette. Nous considérons que, dans la perspective d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) resserré pour les années 2015-2017, il n'est pas certain que ce volume puisse être maintenu. Une réflexion doit donc être menée sur l'optimisation des investissements.

Ensuite, il convient de réserver les investissements à des projets qui dégagent des marges d'efficience. Il nous semble que la stratégie adoptée par les pouvoirs publics à partir du milieu de l'année 2013 mérite d'être suivie avec rigueur : elle consiste à réserver les aides de l'assurance maladie aux investissements hospitaliers qui dégagent un taux de retour sur investissement au moins égal à 8 %, dont 4 % pour rembourser la dette actuelle et 3 % pour financer l'investissement courant. Il faut établir des règles, observer des critères avec rigueur pour apporter les aides de l'assurance maladie aux établissements de santé. La mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) va dans ce sens, puisque tous les projets d'investissements hospitaliers d'un montant supérieur à 50 millions d'euros doivent désormais être examinés par

ce comité, qui réunit la DGOS, la direction du budget et le commissariat général à l'investissement – ce dernier étant chargé de contre-expertiser les projets présentés.

En troisième lieu, les ARS doivent avoir une vision beaucoup plus complète de la situation et de la stratégie de dette des établissements publics de santé. Nous recommandons que ces derniers présentent chaque année une stratégie d'endettement, apportent des précisions sur les emprunts appelés à compléter les ressources qu'ils projettent et présentent leur démarche de sécurisation des emprunts structurés à leur conseil de surveillance et à l'ARS dont ils relèvent.

Dernière action qui nous semble indispensable : réduire les risques liés aux emprunts toxiques. Les renégociations qui ont lieu sont d'ampleur limitée. Les établissements rechignent en effet à négocier avec leur prêteur, car cela reviendrait à constater leurs pertes et à négocier les pénalités de remboursement anticipé. Certains sont encore en phase de bonification d'intérêts et attendent le moment où les taux vont augmenter pour engager leur renégociation. Il nous semble que les pouvoirs publics doivent lancer de manière beaucoup plus résolue une stratégie globale de réduction des risques liés aux emprunts toxiques. C'est pourquoi nous proposons la création, comme il a été fait pour les collectivités locales, d'un fonds d'aide à la désensibilisation des emprunts toxiques. Les pouvoirs publics, à la suite de notre rapport, ont décidé la création de ce fonds ; qui est en train d'être mis en place. Les montants nécessaires devraient être apportés à la fois par des concours des principaux établissements de crédit à l'origine de ces emprunts structurés, et par des dotations de l'assurance maladie. Ce fonds, doté de quelque 100 millions d'euros pour les cinq ans à venir, devrait permettre d'amorcer cette stratégie de désensibilisation.

M. Gérard Bapt. Je vous remercie pour ce rapport à la fois complet et simple. J'insiste sur le contexte que vous avez rappelé : les investissements hospitaliers publics ont crû surtout à partir du début des années 2000. Je me souviens que la Fédération hospitalière de France (FHF), à l'occasion de l'élection présidentielle de 2002, avait tiré la sonnette d'alarme sur le retard de l'investissement dans le secteur hospitalier public en matière de sécurité et de modernisation, alors que le secteur privé, pour sa part, s'y attelait. La situation à laquelle nous sommes arrivés en 2012, avec près de 30 milliards d'euros d'endettement – soit 1,4 % du produit intérieur brut (PIB), ce qui est énorme –, relève très certainement d'un emballement de l'application des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». J'ai bien noté au passage que, en dehors même de la question des emprunts toxiques, vous avez indiqué que le souci d'efficience n'avait pas été pris en compte.

Vous avez évoqué des projets démesurés. La région Midi-Pyrénées nous offre en la matière des exemples contrastés. Le CHU de Toulouse avait – et du reste a toujours – besoin de nombreux investissements devant permettre, notamment, la réalisation de l'Oncopôle qui sera prochainement inauguré. D'autres regroupements hospitaliers ont réussi, comme dans l'Ariège. Toutefois, certains se sont révélés, donc, démesurés – je pense à un certain investissement réalisé dans l'Aveyron, qui a conduit à l'abandon de certains services déconnectés des besoins et de l'activité.

Cela fait en quelque sorte partie de l'héritage : ces investissements n'ont pas été maîtrisés, et ont été permis par le renforcement de l'autonomie des établissements en ce qui concerne le recours à l'emprunt. Il est donc crucial que les préconisations de votre rapport en la matière soient respectées.

Vous proposez par ailleurs d'expérimenter l'émission de billets de trésorerie par les trois plus grands centres hospitaliers régionaux. S'agit-il de CHU ?

M. Antoine Durrleman. Il s'agit bien de CHU.

M. Gérard Bapt. Au moment où vous proposez que les stratégies d'investissement des établissements soient soumises aux ARS, n'est-il pas dangereux de laisser ces établissements pleinement libres d'émettre des billets de trésorerie qui vont, eux aussi, représenter une charge financière ?

S'agissant du fonds de désensibilisation des emprunts toxiques, avez-vous une explication du fait que les gouvernements successifs aient refusé que les établissements de santé soient traités de la même manière que les collectivités locales ?

Enfin, la stratégie de gestion de la dette menée par chaque établissement doit-elle être également soumise à un contrôle central ?

M. Jean-Pierre Door. Vous nous présentez une situation des plus sombres, monsieur le président, avec des critiques très sévères. Selon vous, la dette de l'hôpital a triplé en dix ans en raison, notamment, de l'application des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Mais, en 2002, il a fallu aussi tenir compte d'un héritage. Les hôpitaux avaient des besoins extraordinaires. Souvenez-vous des rapports de l'époque, celui de M. René Couanau en particulier, qui montraient la nécessité d'engager des plans d'investissements ! Vous avez mentionné le cas d'établissements qui se trouvent dans une situation critique pour avoir contracté des emprunts toxiques au lieu de s'adresser à la CDC. Enfin, vous avez noté l'abondance des projets.

Certains évoquent une incontinence bureaucratique, avec la prolifération exponentielle de textes réglementaires aboutissant à un millefeuille de niveaux décisionnaires, et des procédures d'achats publics qui, au lieu d'être simplifiées, se sont révélées, ici ou là, plus qu'onéreuses. Il faudrait en outre rappeler les investissements probablement exagérés avec des réaménagements superflus : pour remettre aux normes, on casse et on reconstruit.

On peut relever un défaut majeur : l'absence de plan général sanitaire hospitalier. Souvenez-vous de l'Hôpital Francilien – ses dépenses excessives –, de l'Hôtel-Dieu – fermera-t-il ? –, de certains « mammoths » construits avec des écarts de prix considérables – l'hôpital Georges-Pompidou dont les coûts d'investissement ont explosé...

Que répondriez-vous par ailleurs à la Fédération hospitalière de France (FHF), qui avait préconisé une mutualisation de l'excédent de trésorerie des hôpitaux – soit environ 2 milliards d'euros par an – afin de mutualiser les ressources ?

La perte annuelle cumulée des hôpitaux est d'environ 400 millions d'euros. Mais seulement vingt établissements sur un total de quelque 900 se trouvent dans une situation réellement difficile ; les comptes de tous les autres sont quasi équilibrés.

La FHF insiste par ailleurs sur la question du jour de carence, dont la suppression pour les agents publics en arrêt de maladie coûte 70 à 80 millions d'euros par an. Elle estime en outre qu'augmenter la durée hebdomadaire de travail de certains personnels permettrait de réduire le nombre de jours de RTT et par là des dépenses exagérées. Et ces questions sont mises sur la table par les représentants de l'hôpital public !

M. Gérard Bapt. Par les représentants de la technostructure !

M. Francis Vercamer. La dette publique vient de dépasser le seuil de 2 000 milliards d'euros. Le Gouvernement se révèle incapable d'éviter le dérapage du déficit public et ne tient pas ses engagements auprès des autorités européennes. Dans ce contexte, le niveau atteint par l'endettement hospitalier apparaît plus critique encore que vous ne l'avez constaté, monsieur le président. En effet, la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé a triplé en dix ans et représente désormais 1,4 % du PIB. Si cette tendance s'atténue, elle participe néanmoins de l'endettement dont la réduction constitue un enjeu majeur, notamment vis-à-vis, j'y insiste, des instances communautaires.

Cette progression s'explique par le recours massif au financement par l'endettement dans le cadre des plans nationaux « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », qui ont contribué à la modernisation des établissements publics qui en avaient besoin.

Comment, selon vous, encadrer plus fermement le recours à cette pratique, s'assurer de la viabilité des projets d'investissement ainsi que de la réalité du besoin, et exiger des garanties financières de la part des établissements de santé, de sorte que la gestion soit plus rigoureuse qu'elle n'est ?

Ensuite, ne pensez-vous pas qu'il conviendrait avant tout de concevoir une nouvelle carte hospitalière et une réforme structurelle de l'hôpital, afin d'éviter de dépenser de l'argent pour des établissements qui n'en ont pas forcément besoin ?

Vous insistez, dans votre rapport, sur les tensions de trésorerie qui se sont traduites, dans les hôpitaux, par une hausse de la dette non financière et en particulier de la dette sociale, ainsi que par la réticence des banques à les accompagner. Je suis toujours étonné que l'on doive s'étonner aujourd'hui de l'existence d'emprunts toxiques : que faisaient les autorités de tutelle à l'époque où ils ont été contractés ?

Quels financements pourraient être mobilisés pour remédier à cette carence ? Comment les établissements publics de santé devraient-ils être soutenus – grâce à des produits bancaires mieux adaptés, avec des établissements bancaires spécialisés ?

Je souhaite également vous interroger sur l'impact éventuel de la baisse de 160 millions d'euros de la participation des régimes obligatoires de l'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé, baisse qui a fait l'objet de débats assez vigoureux en séance publique au mois de juillet. La ministre de la santé nous a assurés que l'effet de cette baisse serait nul, ce qui m'étonne puisque, en l'absence de subvention, on recourt à l'emprunt...

Enfin, pouvez-vous nous préciser quel est l'impact des mises aux normes des établissements publics de santé, notamment en matière d'accessibilité ou de sécurité. L'inflation des normes pèse lourd sur un certain nombre d'établissements privés et j'imagine qu'il doit en aller de même pour les établissements publics.

Mme Dominique Orliac. Vous nous alertez sur le triplement, en dix ans, de la dette des établissements publics de santé, qui atteignait près de 30 milliards d'euros à la fin de l'année 2012. Selon vous, les pouvoirs publics ont privilégié le levier de la dette afin de financer un plus grand nombre d'opérations, sans toutefois instaurer de procédure rigoureuse de choix des investissements, et en allégeant même, bien au contraire, leur contrôle. Il a en

outre été estimé que les gestionnaires hospitaliers n'ont pas suffisamment inscrit leurs investissements dans une logique d'efficacité et qu'ils ont fait preuve parfois d'une vision trop optimiste de l'évolution de leurs recettes dans le cadre de la T2A. La dette des hôpitaux est ainsi passée de 9,8 milliards d'euros en 2003 à 26,5 milliards en 2011, pour atteindre près de 30 milliards l'année suivante, soit, Gérard Bapt l'a relevé, 1,4 % du PIB, ce qui est considérable.

Cet emballement de la dette serait donc la conséquence directe d'une politique d'investissements massifs financés par l'emprunt, insufflée par les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » qui ont incité les établissements à se financer par eux-mêmes, quitte à recourir à des produits structurés à risque, les mêmes qui empoisonnent aujourd'hui les comptes de nombreuses collectivités locales.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes désire stabiliser la dette hospitalière à l'horizon 2015 et cette promesse, si j'ai bien compris, ne peut être tenue, aux yeux de la Cour des comptes, sans une absolue rigueur en matière de recours à l'endettement, et une stricte limitation de l'investissement aux projets économiquement viables.

En outre, vous recommandez à la ministre de saisir à bras-le-corps le dossier des emprunts toxiques. La création d'un fonds de soutien de 20 millions d'euros annuels sur quinze ans, financé par l'assurance maladie et par le système bancaire, permettrait aux hôpitaux de « souffler ».

Enfin, vous préconisez de recadrer le pouvoir des directeurs d'hôpital en les obligeant à présenter chaque année leur stratégie de gestion de la dette à leur conseil de surveillance et aux ARS.

S'il est demandé aux magistrats que vous êtes de vérifier des comptes et des budgets, nous sommes confrontés pour notre part, en tant que parlementaires, à une réalité nationale et à la réalité concrète de nos circonscriptions. Nous devons par exemple nous battre pour financer des investissements, pour obtenir un scanner dans tel hôpital – car il en va de la survie d'un service public de proximité, en particulier dans les régions rurales.

Quelles sont vos préconisations pour parvenir à un équilibre entre finances saines, respect du maillage territorial et hôpitaux publics de proximité performants ?

Mme Gisèle Biémouret. Quelle proportion des établissements publics de santé se trouvent dans une situation financière critique du fait de leur endettement ? La centaine d'établissements que vous avez évoqués sont-ils plus particulièrement « chargés » en prêts toxiques ?

L'une de vos préconisations est d'obliger les directeurs des établissements à présenter annuellement à leur conseil de surveillance la stratégie de gestion de l'endettement de l'hôpital, « *précisant, le cas échéant, la démarche de sécurisation des emprunts structurés avant transmission à l'Agence régionale de santé pour approbation* ». Les prérogatives du directeur d'établissement de santé en matière financière vous semblent-elles devoir être davantage encadrées ?

Mme Isabelle Le Callennec. L'étude de la Cour des comptes porte sur les établissements publics de santé ; une étude analogue existe-t-elle sur les établissements privés ?

De nombreux établissements auraient besoin d'investir mais, si je vous ai bien entendu, ils pâtissent d'avoir réalisé, dans les années passées, des investissements contestables – car consacrés à des projets surdimensionnés – ainsi que d'avoir eu recours – pour une centaine d'établissements – à des emprunts toxiques.

Vous avez évoqué la montée en puissance de la CDC. En fonction de quels critères cette dernière soutient-elle les investissements des hôpitaux qui en ont besoin ?

Le PLFSS prévoit, semble-t-il, d'amputer de 160 millions d'euros le Fonds pour la modernisation des établissements de santé, pour consacrer 100 millions aux emprunts toxiques. Pouvez-vous nous le confirmer ?

Enfin, concernant le repérage des projets qui auraient un retour sur investissement favorable, vous évoquez le COPERMO, compétent pour les seuls projets dépassant 50 millions d'euros. Or, dans nos circonscriptions, certains hôpitaux n'ont besoin que de 15 ou 20 millions d'euros pour investir et offrir aux patients des prestations de qualité. Les relations sociales dans les hôpitaux se tendent parce qu'on demande beaucoup aux personnels. Il faut donc veiller à un certain équilibre : on refuse à des établissements tout investissement alors que ce serait le moyen pour eux de se projeter dans l'avenir.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Plusieurs rapports avaient déjà fait le point sur le fonctionnement des hôpitaux et les difficultés qu'ils rencontrent.

Comment estimez-vous que l'on puisse mieux encadrer les dépenses ? Quelles solutions très concrètes sont aujourd'hui mises en place pour retrouver un encadrement sérieux et accompagner les hôpitaux en la matière ?

Vous avez évoqué le cas d'établissements bancaires spécialisés. Comment progresser dans cette direction ?

Enfin, dans le cadre de la modernisation des hôpitaux, la mise aux normes représente un coût important mais, sur le point précis de l'accessibilité, nous pourrions mettre à profit les agendas programmés pour mieux planifier et étaler dans le temps les travaux.

M. Élie Aboud. Depuis près d'un quart de siècle, nous fonctionnons selon deux logiques antinomiques : la logique sanitaire, qui implique sécurisation, regroupements, mutualisation ; la logique de l'aménagement du territoire, qui suppose la diffusion de centres de santé partout sur le territoire.

Vous n'avez pas évoqué la question des passerelles entre le public et le privé. De nombreux centres hospitaliers ont surinvesti, dans une logique aberrante d'opposition, de concurrence. Il fut un temps où les établissements publics et privés se partageaient des praticiens – les cliniciens hospitaliers –, pratique qui n'existe plus aujourd'hui. Sans forcément parler de partenariats public-privé (PPP), on peut regretter un manque de collaboration entre les deux secteurs.

M. Richard Ferrand. En 1980, la durée moyenne de séjour dans un établissement de santé était de quatorze jours contre quatre aujourd'hui, baisse dont on peut se féliciter et

qui devrait se poursuivre avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Et pourtant, la surface totale des établissements de santé est aujourd'hui de 60 millions de m², contre 40 millions en 1980. Ces deux tendances peuvent paraître contradictoires, quand bien même on peut en partie les expliquer par le vieillissement de la population. Aurait-on trop construit ou, à tout le moins, mal anticipé l'évolution des pratiques ?

On sait qu'une poignée d'établissements publics concentrent les dotations liées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC). Est-il possible d'obtenir la liste des dix centres hospitaliers, universitaires ou non, qui ont accusé les déficits les plus élevés au cours des cinq dernières années, ainsi que des montants de dotations MIGAC qu'ils ont reçues pour les réduire ?

Enfin, quelles dispositions suggérez-vous pour que les établissements en déficit chronique puissent améliorer leur situation ?

M. Fernand Siré. Les emprunts toxiques ont été souscrits auprès de banques qui dépendaient de l'État, quand bien même elles étaient partiellement privatisées. Pourquoi ne pas mutualiser – c'est la mode – ces emprunts toxiques entre tous les établissements publics de façon à diminuer les risques encourus par certains d'entre eux, tout en s'assurant de la garantie de l'État, dont la responsabilité est avérée, et de celle de la sécurité sociale ?

Ensuite, on a construit de grands « paquebots » à seule fin de concurrencer le secteur privé, mais sans prévoir l'équipage adéquat. Ainsi, à Perpignan, on a installé un centre de radiologie équipé de scanners, d'IRM, etc., mais sans qu'il y ait de spécialistes pour faire fonctionner ces appareils ! On est donc obligé de recourir à des personnels du privé, qu'on doit payer trois fois plus cher.

Pourquoi n'a-t-on pas, à l'occasion des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », recherché une meilleure complémentarité public-privé ? Pourquoi ne pas louer au secteur privé les surfaces inoccupées des établissements publics et instaurer cette complémentarité souhaitable ? Ce qui compte le plus, en effet, ce sont les soins apportés aux habitants, et non la concurrence entre deux modes d'exercice. On sait, du reste, qu'une opération dans le privé coûte deux fois moins cher que dans le public.

Mme Chaynesse Khirouni. Votre rapport, monsieur le président, fait état d'une progression très forte de l'endettement, qui trouve pour l'essentiel son origine dans une politique de soutien à l'investissement privilégiant le financement par l'endettement. Vous indiquez que le choix des projets aidés a été réalisé sans prise en compte suffisante des considérations d'efficacité qui auraient dû guider la modernisation du parc hospitalier. Vous dénoncez notamment une défaillance de la tutelle et des gestionnaires hospitaliers.

Le COPERMO a pour mission de valider les projets d'investissements, de coordonner les programmes nationaux d'amélioration de la performance et de superviser les modalités de retour à l'équilibre financier des établissements les plus en difficulté. Quelle est votre analyse de sa mise en place, intervenue fin 2013 ?

D'autre part, pour stabiliser la dette hospitalière à l'horizon 2015, la Cour des comptes propose notamment des mesures d'encadrement du recours à l'emprunt et la révision des modalités de soutien aux hôpitaux, en privilégiant les aides en capital par rapport aux aides à l'endettement. Comme d'autres parlementaires, je suis élue d'une circonscription où la direction du CHU et l'ARS ont présenté un plan de refondation de l'hôpital public exigeant et

volontariste. Néanmoins, un soutien à l'investissement apparaît plus que jamais indispensable afin d'accompagner cette refondation. En effet, pour citer l'exemple du CHU de Nancy, la trajectoire de retour à l'équilibre est conditionnée par des investissements indispensables, du fait de la dispersion des sites, du mauvais état du bâti et du vieillissement des équipements.

Compte tenu des contraintes budgétaires de l'État, comment envisagez-vous les aides en capital destinées à accompagner les plans de refondation et à financer les investissements courants ? J'insiste sur ces derniers, au vu des tensions au sein des équipes, qui exercent leur mission dans des conditions difficiles ?

M. Bernard Perrut. Quel sens devons-nous donner à notre volonté de réaliser des économies importantes dans le domaine de la santé lorsque, dans le même temps, plane sur les hôpitaux une telle menace du fait de leur endettement ?

Pourrions-nous obtenir les données globales de l'ensemble des hôpitaux de France ? Car si vous évoquez les plus grands hôpitaux – notamment les Hospices civils de Lyon (HCL), l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) –, nombre des autres n'ont pas les problèmes d'endettement que vous évoquez.

N'y a-t-il pas lieu de parler, par ailleurs, de défaillance de la tutelle ? Pourquoi les ARS n'imposeraient-elles pas davantage de contraintes aux directeurs d'établissement ? Et n'y a-t-il pas non plus défaillance des gestionnaires, liée à une vision exagérément optimiste de l'évolution de l'activité et de sa traduction en termes de recettes ? Ne doit-on pas obliger les directeurs d'établissement à établir un plan prévisionnel de trésorerie de la dette et à présenter une stratégie de gestion au conseil de surveillance ? Il convient de responsabiliser les élus qui siègent au sein de celui-ci, au même titre qu'un maire, un président de département ou de région est responsable de la politique financière qu'il mène dans sa collectivité. On a parfois l'impression qu'il n'y a pas de pilote dans l'avion.

Le levier de l'investissement n'a pas été mis autant qu'il aurait été nécessaire au service d'une reconfiguration et d'une rationalisation de l'offre de soins, à même de dégager des marges accrues d'efficience au sein des établissements. Quelles contraintes pourraient être appliquées en matière de regroupement et de restructuration ? Je pense aux communautés hospitalières de territoire, qui ont fait leurs preuves.

M. Olivier Véran. Votre rapport souligne que le versement d'aide en capital aux établissements publics de santé contribue à limiter en partie leur endettement. Cette aide en capital peut prendre la forme d'un versement à partir du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce dernier pourrait-il être davantage sollicité ? Quelles évolutions envisager pour réduire le montant des crédits déçus ou pour optimiser la réserve de ce fonds ?

Vous préconisez en outre la création d'un fonds de soutien, abondé par l'assurance maladie et le système bancaire à hauteur de 20 millions d'euros sur quinze ans, pour accompagner les opérations de désensibilisation des prêts toxiques. Pouvez-vous en préciser la forme juridique ? Le FMESPP pourrait-il contribuer à son abondement ?

Enfin, votre rapport suggère de permettre l'expérimentation par les trois plus grands CHU – l'AP-HP, les HCL et l'AP-HM – de l'émission de billets de trésorerie. En plaçant ces établissements sous la surveillance d'agences de notation, ne va-t-on pas davantage les

fragiliser ? Quelles seraient, selon vous, les conditions de réussite d'une telle expérimentation ?

M. Dominique Dord. Votre constat, monsieur le président, est accablant, et je ne suis pas sûr que les remèdes que vous nous proposez soient à la hauteur – en tout cas je voudrais m'en assurer.

Ce n'est pas tant le procès de la dette que vous faites que celui de la mauvaise gestion. Vous stigmatisez les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Personne ne peut contester que les investissements, dans certains établissements hospitaliers, étaient nécessaires. Ce qui m'accable – et vous ne donnez pas de réponse –, c'est de devoir m'interroger sur la raison pour laquelle, alors même que ces plans étaient très encadrés puisqu'il s'agissait de plans d'État, on a laissé engager des investissements inutiles, parfois même surdimensionnés. Il faut déterminer les responsabilités, ce que vous ne faites pas ou peu.

Je voudrais par ailleurs être certain de l'efficacité du remède que vous proposez : limitation du recours à la dette et encadrement centralisé de la gestion de celle-ci. Ces contrôles étaient en effet déjà prévus par les deux plans mentionnés. Or vous proposez de confier ce rôle d'encadrement, à peu de chose près, aux mêmes institutions et aux mêmes personnes.

Je voudrais bien suivre vos recommandations, croire en leur efficacité, mais j'en doute et, comme un certain nombre de mes collègues, je note un vrai déficit de gestion un peu partout, à tous les niveaux.

Mme Michèle Delaunay. Je réponds à notre collègue qui a évoqué une mutualisation entre le public et le privé. Elle ne sera envisageable que lorsque l'on pourra, par exemple, empêcher la clinique privée voisine d'un hôpital très bien équipé en scanner de s'équiper de même, ce qui n'est pas possible actuellement.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr que si !

Mme Michèle Delaunay. Non, pas vraiment. Le secteur public apparaît en situation défavorable.

Ensuite, en ce qui concerne les investissements superflus, il s'agit dans bien des cas de remises à niveau qui vont dans le sens des progrès de la médecine elle-même. Prenons l'exemple des maisons de retraite publiques annexées aux hôpitaux : combien sont en retard sur les connaissances dont nous disposons désormais sur la maladie d'Alzheimer ? Le « superflu » ne l'est pas toujours en vérité, que ce soit au regard des connaissances ou des conditions de travail – on relève ainsi un certain absentéisme des personnels hospitaliers, dû à un excès de fatigue.

Par ailleurs, évoque-t-on la possibilité de mutualisations territoriales ?

Enfin, nous sommes submergés, dans les médias, de messages d'associations sollicitant des dons et des legs ; elles ont compris que les *baby-boomers* de l'après-guerre entraînent dans le grand âge. Les services publics, et en particulier les hôpitaux, ne pourraient-ils bénéficier eux aussi de ces campagnes de publicité ?

M. Pierre Morange. Merci pour ce rapport de qualité, commandé par la MECSS ainsi que l'a rappelé Mme la présidente... Le triplement de la dette hospitalière crée une tension intenable pour l'ensemble des établissements, même si certains se trouvent dans une situation infiniment plus fragile que d'autres.

Je voudrais savoir, pour ma part, où nous en sommes de l'évaluation du patrimoine hospitalier français. C'est la moindre des choses, en effet, lorsque l'on recourt à l'emprunt, que de connaître la valeur patrimoniale de ses biens. Or, nous avons posé cette question à plusieurs reprises au cours des auditions de la MECSS, notamment sous la précédente législature, et nous avons eu la grande surprise d'obtenir pour seule réponse, de la part de la direction du Trésor, qu'elle « s'autorisait à penser » que le parc hospitalier français valait « quelques dizaines » de milliards d'euros, estimation dont le flou artistique ne manque pas de laisser perplexe.

Je suis tenté d'élargir ma question, même si la réponse est du ressort de la 5^e chambre de la Cour des comptes plutôt que de la 6^e : quelle est la valeur du patrimoine patrimoniale du secteur médico-social, et quel est le montant de son endettement ?

Mme Kheira Bouziane. L'emballlement de la dette s'explique, selon vous, par un besoin de modernisation mais aussi par le désarmement du contrôle. Dans votre rapport, vous évoquez les risques de rupture de trésorerie et le gonflement des dettes non-financières. Sachant que certains établissements ont fait le choix de financer des investissements immobiliers lourds par des partenariats public-privé (PPP) et que la Cour des comptes a rendu un rapport et un avis sur les PPP du plan « Hôpital 2007 », pouvez-vous nous renseigner sur l'impact de ce mode de financement sur la santé financière des hôpitaux ?

M. Bernard Accoyer. La situation qui nous est rapportée est d'une gravité extrême, tandis que la France essaie difficilement de sauver son budget à Bruxelles tant elle se montre incapable de maîtriser ses déficits.

Certains investissements n'ont pas été réfléchis, et dénotent souvent, de la part des directeurs d'hôpitaux, des préoccupations hégémoniques vis-à-vis d'autres établissements publics ou du secteur privé. Pensez-vous que la pression politique des élus locaux a pu jouer aussi ?

D'autre part, s'il y a une augmentation de la dette, c'est qu'il y a diminution de l'autofinancement, due à la hausse des dépenses de fonctionnement. Que pensez-vous, monsieur le président, de l'application des 35 heures à l'hôpital, du compte épargne-temps, des dépenses d'intérim qui en découlent et du refus par le Gouvernement de toute réforme de structure, en particulier concernant la poursuite de la convergence tarifaire ?

Enfin, avez-vous une recommandation particulière pour que les directeurs d'hôpitaux soient évalués selon l'efficacité de leur gestion, et allez-vous préconiser que l'on investisse dans les technologies plutôt que dans les mètres carrés ?

M. Michel Liebgott. Je souhaite rendre hommage aux hôpitaux publics et en particulier à celui de ma région – Metz-Thionville –, qui a pu reprendre des hôpitaux privés concourant au service public hospitalier. Durant les années 2000, en l'absence de tout contrôle de la tutelle à moins que ce ne soit avec sa complicité, et en tout cas sous la conduite du directeur qui avait toute liberté pour accumuler les déficits, certains établissements ont été conduits au bord de la faillite : les dépenses de personnel dépassaient 100 % du total, certains

salaires étaient excessifs – un directeur général adjoint pouvait gagner plus qu'un directeur général de CHU – et les vacations de médecins atteignaient jusqu'à 1 000 euros par jour, en particulier dans certaines spécialités comme l'anesthésie. On a même demandé aux collectivités locales, aux communes, de garantir des emprunts, aucune autre institution ne pouvant le faire, ce qui les a conduites, elles aussi, au bord de la faillite !

Je me félicite donc que des établissements publics aient pu récupérer des établissements privés en les modernisant, en fermant certains services, en ouvrant d'autres – je pense à la maternité Sainte-Croix, à l'hôpital de Hayange, restructuré par la direction du centre hospitalier régional. Dans cette perspective, la création du COPERMO est une bonne initiative, qui donne des résultats, et la création d'une communauté hospitalière de territoire s'est révélée la porte de sortie la meilleure.

M. Jean-Pierre Barbier. Un niveau d'endettement de 50 %, une marge brute de 3 % et une marge nette de 1 %, des établissements qui ne sont pas capables d'assumer l'investissement courant assurant la sécurité des patients et les conditions de travail des personnels : vous nous avez dressé le portrait d'un hôpital, osons le dire, en faillite, d'autant que les perspectives de l'ONDAM ne laissent pas espérer une amélioration des recettes.

Je suis surpris, cependant, que vos recommandations ne concernent que l'investissement : efficacité des investissements, contrôle par le COPERMO et l'ARS, et fonds d'aide pour les emprunts toxiques. Il s'agit d'une réponse comptable à une analyse comptable : il n'y a aucune prospective. Quand une entreprise est en difficulté et qu'elle a un endettement trop important, elle s'interroge d'abord sur sa marge, donc sur son fonctionnement, et envisage la mutualisation des achats, la réduction des frais de personnel. Ne serait-il donc pas utile, parallèlement à cet audit de l'investissement, de réaliser un audit du fonctionnement, afin de trouver des marges de manœuvre ?

Enfin, notre système de santé n'est-il pas trop hospitalo-centré ? D'autres solutions moins coûteuses que celles proposées – et qui ne remettraient pas en cause la santé de nos concitoyens – ne sont-elles pas envisageables ?

M. Gilles Lurton. Vous nous avez présenté une situation très grave – 29,8 milliards d'euros de dette hospitalière, plus un milliard en 2013 – que vous avez expliquée par un surinvestissement des hôpitaux publics. Pour ma part, j'ai le sentiment que, dans nos centres hospitaliers de proximité, ces investissements correspondaient à une modernisation nécessaire, et répondaient à la demande de nos concitoyens. Cela étant, je prends acte de cette observation sur la disproportion des investissements et souhaiterais savoir si, dans votre rapport, vous avez distingué les centres hospitaliers généraux des CHU – qui concentrent quasiment tous les problèmes d'une région et qui ont un réel besoin d'équipements ultramodernes et de moyens pour la recherche.

M. Rémi Delatte. Une plus grande autonomie a été accordée aux établissements hospitaliers, dont les directeurs ont vu leur pouvoir renforcé en 2005 puis par la loi « HPST » de 2009, cependant que l'endettement triplait en dix ans, conduisant les pouvoirs publics à se résoudre à exercer, *via* les ARS, un contrôle *a priori* des hôpitaux les plus endettés. Combien d'établissements ont été concernés, et cette pratique s'est-elle révélée efficace ?

Ensuite, lors de la crise financière de 2008, puis au moment du démantèlement de Dexia, le système bancaire a resserré le financement des hôpitaux, et certains établissements de santé, notamment l'AP-HP, ont lancé une démarche originale sous la forme d'émission

obligataire groupée. Disposons-nous d'un état des lieux de cette opération ? Que représentent ces obligations en pourcentage de la dette des hôpitaux ? Doit-on encourager cette formule ?

Mme Bérengère Poletti. Vous soulignez, monsieur le président, que les investissements hospitaliers sont essentiellement liés aux plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », et que leur importance est due à la surévaluation des recettes attendues de l'entrée en vigueur de la T2A. Je souhaiterais un complément d'information sur ce point.

Récemment, on nous disait que les hôpitaux français restaient sous-équipés, notamment d'un point de vue technologique. J'aimerais connaître vos recommandations pour que la France puisse investir conformément à ses besoins.

M. le président de la 6^e chambre. Une disposition inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité pour 2013, annulée par le Conseil constitutionnel, puis votée sous une forme modifiée dans le cadre de la loi de séparation et de régulation des activités bancaires du 26 juillet 2013, prévoit que les établissements publics hospitaliers ont la possibilité d'émettre des billets de trésorerie. Une fois le décret d'application publié – il ne l'est pas encore –, une expérimentation pourra être menée dans les trois plus grands centres hospitaliers universitaires, ce qui générera des économies considérables, sachant que le taux de marge bancaire est beaucoup plus élevé que les frais d'émission de ces titres.

Le fonds de désensibilisation n'a pas été mis en place en même temps que celui dédié aux collectivités territoriales, car les problématiques ne sont pas du même ordre. Les pouvoirs publics ont eu le souci de mettre en œuvre une stratégie de désensibilisation adaptée à la situation particulière des hôpitaux publics, en aidant prioritairement les établissements les plus en difficulté, notamment les plus petits d'entre eux.

Nous voyons une contradiction entre la dynamique d'investissement portée par des emprunts très importants et la levée des contrôles. Si les pouvoirs publics ont fait preuve d'une grande vigilance en matière de dette hospitalière depuis 2011-2012, le décret de 2011 sur la surveillance des établissements les plus endettés nous semble insuffisant, et ce pour deux raisons. D'abord, il vise uniquement les établissements les plus endettés, au nombre d'une centaine. Ensuite, il est demandé à ces derniers de soumettre à l'ARS leur volume d'emprunt prévisionnel, et non les stipulations propres à chaque emprunt. C'est la raison pour laquelle nous préconisons l'obligation pour chaque établissement de présenter sa stratégie de désendettement à son conseil de surveillance, puis à son ARS.

La Cour des comptes ne demande pas le gel des investissements hospitaliers : elle appelle au discernement quant au choix de ces investissements, dont certains se sont révélés surdimensionnés. Cette situation s'explique par des difficultés dans la mise au point des projets médicaux, en particulier des problèmes d'arbitrage au sein des établissements. Nous notons également une insuffisance de pilotage par les administrations centrales, notamment l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, qui ne s'est dotée que très récemment d'outils permettant d'aboutir à des recommandations sur le juste dimensionnement d'un investissement hospitalier – en fonction, par exemple, de la spécialité du service. Ainsi, dix ans se sont écoulés entre le lancement de la modernisation et le cadrage méthodologique.

À cet égard, la vraie question est moins l'explosion des surfaces en général que celle de l'explosion des surfaces inutiles. En effet, s'il est justifié d'augmenter le confort des

chambres tout comme la superficie des services, concevoir des halls et des couloirs démesurés, qui engendrent une grande fatigue chez les personnels, ne l'est pas.

Je souligne, comme vous, le manque d'anticipation en matière de chirurgie ambulatoire. Au moment où celle-ci amorçait son développement, la rénovation hospitalière s'est traduite par une multiplication des blocs opératoires dont un certain nombre sont aujourd'hui fermés. La Cour estime que la priorité a été donnée à l'immobilier au détriment de la modernisation des équipements techniques. À cet égard, le COPERMO nous semble un bon outil, la contre-expertise du Commissariat général à l'investissement ayant contribué à améliorer la finalisation des projets.

Concernant les projets inférieurs à 50 millions d'euros, qui sont très nombreux, nous estimons *mutatis mutandis* que les ARS devraient se doter d'une expertise supplémentaire.

Les normes imposées aux établissements hospitaliers représentent des investissements incompressibles. En matière de sécurité incendie, nous avons analysé la problématique des interdictions d'exploitation imposées par les commissions de sécurité au regard des travaux engagés par les établissements hospitaliers. Dans un très grand nombre d'hôpitaux, des pavillons sont interdits d'exploitation, mais ne peuvent être fermés au regard de l'obligation de soins, si bien qu'ils relèvent de la responsabilité personnelle – pénale et civile – des responsables hospitaliers : je me suis moi-même retrouvé dans ce cas lorsque j'étais directeur d'hôpital.

L'endettement en lui-même n'est pas répréhensible : recourir à la dette pour financer des établissements dont la durée de vie prévue est de cinquante ans n'est pas anormal. L'essentiel est la structure de la dette et la capacité d'amortissement. De ce point de vue, la Cour plaide pour une meilleure mobilisation des autres leviers de nature à compléter un plan de financement, en particulier le patrimoine hospitalier. À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, nous avons examiné il y a deux ans le patrimoine privé des hôpitaux, qui a fait l'objet d'un chapitre dans notre rapport annuel. En la matière, les marges sont considérables, les directeurs d'hôpitaux faisant preuve d'un certain conservatisme à l'égard du patrimoine immobilier de leur établissement. L'hôpital des Quinze-Vingts, par exemple, est propriétaire de plusieurs centaines d'hectares de terrains en région parisienne grâce à Blanche de Castille, mère du roi Saint Louis, fondateur de l'hospice. Comme directeur général de l'AP-HP, j'ai moi-même été amené à vendre une pièce de terre de 500 m² dont l'origine de propriété est un don du chevalier d'Aulnay et de sa mère en 1120 pour les pauvres de l'Hôtel-Dieu, et qui demeurait dénommée au cadastre « Les arpents des pauvres » ! C'est ainsi que les gestionnaires hospitaliers ont parfois tendance à se considérer dépositaires de l'histoire...

Fort heureusement, tous les hôpitaux ne se trouvent pas dans une situation financière préoccupante. Les plus en difficulté sont souvent les CHU, en raison d'importants retards de modernisation et du caractère onéreux de leurs opérations. Il convient en la matière d'avoir une approche hôpital par hôpital.

La plupart du temps, les établissements se sont, d'abord, regroupés en interne – les pavillons dispersés sur plusieurs sites ont été regroupés sur un site unique ou un nombre de sites moins important. La modernisation a plus rarement été l'occasion d'une mutualisation des établissements hospitaliers possédant des personnalités morales distinctes.

Il nous semble que l'évolution des dernières années a abouti à une prise de conscience, débouchant sur la mise en place d'un pilotage plus exigeant de la stratégie d'investissement, qui permettra aux établissements de poursuivre leur modernisation si nécessaire. La responsabilité est partagée : si les tutelles ont été absentes un temps, les gestionnaires hospitaliers ont, de leur côté, parié sur des gains d'activité – qui n'ont pas toujours été réalisés – dans un climat de concurrence avec les autres établissements et sans tenir compte de l'ajustement progressif à la baisse de la tarification opéré par les pouvoirs publics du fait du caractère inflationniste de la T2A. C'est ce qui explique le différentiel entre recettes et activité.

Enfin, nous ignorons quelle est la situation d'endettement des cliniques privées. Notre rapport aborde l'endettement global des établissements de santé privés à but non lucratif, qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) par la loi, mais la Cour n'est pas compétente pour analyser les comptes des établissements privés à but lucratif, et lorsque nous avons demandé des informations aux cinq principaux groupes de cliniques dans le cadre de notre enquête sur le personnel, nous n'avons obtenu aucune réponse.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, Monsieur le président. Votre rapport nous sera particulièrement utile dans le cadre de la discussion du prochain PLFSS et de la stratégie nationale de santé.

La séance est levée à onze heures vingt-cinq.



Informations relatives à la commission

La commission des affaires sociales a désigné :

– **M. Bernard Perrut**, rapporteur pour avis sur le projet de loi de finances pour 2015 pour les crédits « financement de l'apprentissage » de la mission Travail et Emploi, en remplacement de Mme Véronique Louwagie, démissionnaire ;

– **Mmes Joëlle Huillier et Bernadette Laclais**, membres de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), en remplacement de MM. Jean-Marc Germain et Gérard Sebaoun.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 8 octobre 2014 à 9 heures 30

Présents. – M. Ibrahim Aboubacar, M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Joël Aviragnet, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Valérie Boyer, Mme Sylviane Bulteau, Mme Marie-Arlette Carlotti, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Christophe Cavard, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Françoise Dumas, M. Richard Ferrand, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, M. Henri Guaino, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, M. Gilles Lurton, Mme Véronique Massonneau, M. Pierre Morange, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphé, Mme Luce Pane, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, M. Jean-Sébastien Vialatte

Excusés. – Mme Véronique Besse, M. Stéphane Claireaux, M. Christian Hutin, M. Jean Leonetti, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Laurent Marcangeli, M. Jean-Philippe Nilor, M. Jonas Tahuaitu, M. Jean Jacques Vlody

Assistaient également à la réunion. – M. Christophe Premat, M. Gérard Sebaoun