

Chapitre XI

La situation financière des hôpitaux publics

PRESENTATION

Les précédents rapports annuels ont rendu compte d'enquêtes de la Cour sur les restructurations hospitalières (2008), la T2A et le plan d'investissement Hôpital 2007 (2009) ainsi que d'une enquête de la Cour et des CRC sur l'organisation de l'hôpital (2009). Ils ont ainsi mis en lumière tant l'origine de certains coûts importants pour les établissements que la lenteur des adaptations qui doivent y remédier. La présente enquête poursuit dans la même voie en analysant la situation financière du secteur, qui s'est vu fixer un objectif de résorption de son déficit d'ici 2012.²⁴¹

L'enquête a eu recours à deux méthodes complémentaires pour apprécier la situation financière des hôpitaux. Elle s'est d'une part appuyée sur l'analyse des données remontant des établissements vers l'administration²⁴², d'autre part sur des données retraitées par les juridictions. Les 22 CRC de métropole ont en effet mené des contrôles détaillés dans des établissements hospitaliers de leur ressort, avec une méthodologie commune. Au total, les données recueillies proviennent d'enquêtes conduites dans 85 établissements²⁴³, dont un nombre significatif de CHU (14) et des hôpitaux généraux de toutes tailles (y compris de très importants comme Le Havre ou Le Mans). L'enquête a également tiré parti de l'expérience de 12 contrôles budgétaires renforcés menés par les CRC à la demande d'ARH dans des établissements à la situation très dégradée. Conduits au printemps et à l'été 2009, les travaux des juridictions ont essentiellement porté sur la période allant de 2006 à 2008. Les chiffres relatifs à 2009 figurant ci-après ne proviennent donc pas de l'enquête mais de l'administration (chiffres provisoires).

Au-delà des constats relatifs à la situation financière actuelle des hôpitaux (I), l'enquête a permis de préciser les facteurs qui y contribuent et qui résultent de politiques nationales (II) ou de choix de gestion des établissements (III). Elle met en évidence, enfin, la lenteur des mesures correctives en cas de situations dégradées (IV).

241. La MECSS de l'Assemblée nationale a également abordé ce sujet dans son rapport d'information n° 2556 de juin 2010 : « Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner ».

242. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et direction générale des finances publiques (DGFIP).

243. La sélection n'a pas été constituée à partir de considérations tenant à la situation financière des établissements retenus.

I - Des difficultés financières concentrées mais mal mesurées

Le montant du déficit hospitalier public ne suffit pas à résumer la situation financière du secteur et encore moins la diversité caractérisant les établissements, dont certains sont dans une situation plus que dégradée ; la structure du financement et l'endettement sont également des données critiques. Au demeurant, le montant des déficits comptables annoncé n'est pas nécessairement exact.

A – Résultats comptables et capacité d'autofinancement

1 – Evolution des résultats

Pour mesurer les résultats du secteur, le premier chiffre, souvent mis en avant dans la communication officielle, est le total des déficits et des excédents des budgets principaux de tous les établissements. Il s'est élevé à 409 M€ en 2006, 680 M€ en 2007, 506 M€ en 2008 et 448 M€ en 2009, pour l'ensemble des 1 040 EPS ayant un comptable public et suivis par la DGFIP.

Pour prendre la mesure des difficultés de certains hôpitaux, il apparaît préférable en réalité de bien distinguer situations excédentaires et déficitaires. Le total des seuls déficits des établissements s'est élevé à 736 M€ en 2006, 856 M€ en 2007, 756 M€ en 2008 et 673 M€ en 2009, soit approximativement 1,5 % des recettes des 1 040 établissements. Si on se limite aux hôpitaux de la base DGFIP qui sont soumis à la T2A²⁴⁴ (517 établissements en 2008), le total des déficits a été respectivement de 696 M€, 824 M€, 731 M€ et atteignait 651 M€ en 2009.

Dans le même champ T2A, les EPS déficitaires étaient un peu plus nombreux que les excédentaires en 2008 (51 %), après avoir représenté 60 % de l'effectif en 2006 et 2007. En 2009, ils ne seraient plus que 37 %. Ce chiffre doit cependant être interprété avec prudence dans la mesure où les ajustements comptables dont il résulte (reprises de provisions notamment) n'ont pu encore être expertisés par la Cour et aucun de ces établissements n'a de comptes certifiés.

244. CHU-CHR, AP-HP et hôpitaux généraux (CHG), en excluant centres hospitaliers psychiatriques, hôpitaux locaux et syndicats interhospitaliers.

Ces chiffres ne suffisent pas à caractériser une évolution substantielle. L'analyse par catégorie d'établissements permet de préciser l'appréciation :

- les CHU-CHR ont vu leur déficit collectif s'accroître continûment de 2006 à 2008 et presque doubler. Ils n'étaient que huit à être à l'équilibre en 2009, avec un excédent du reste symbolique (10 M€ au total à eux huit) alors que le déficit des six autres atteignait 329 M€ et 415 M€ avec l'AP-HP qui était encore excédentaire en 2006 ;
- pour les CH, en revanche, le déficit collectif a décru sensiblement, le nombre d'établissements déficitaires devenant même minoritaire dans cette catégorie en 2008.

A la fin de 2008, les déficits cumulés sur trois ans atteignaient, dans les établissements déficitaires soumis à la T2A, -2 370 M€ contre +658 M€ seulement de cumul des reports à nouveau bénéficiaires. La pratique de contraction des excédents et déficits au plan national, pour présenter un déficit comptable « officiel », ne permet donc pas de faire apparaître la situation financière très critique de certains hôpitaux publics.

2 – La concentration du déficit

Si les établissements déficitaires sont nombreux, l'essentiel du déficit pèse sur une minorité d'entre eux :

- en 2008, le déficit cumulé des 28 CHU-CHR déficitaires (dont l'AP-HP) représente 60 % du déficit total. La moitié de ce chiffre provient de quatre CHU : Hospices civils de Lyon (HCL), Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)²⁴⁵, Nancy²⁴⁶ et Nice. Les trois quarts provenaient de dix CHU, dont le déficit individuel dépassait 10 M€ : en plus de ceux déjà cités : Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Nantes, Saint-Etienne, Strasbourg, Caen, Fort-de-France ;
- les 486 CH sont dans, l'ensemble, dans une situation plus favorable, mais en leur sein la concentration des situations très dégradées est également forte. 10 % d'entre eux généraient en 2008 près de 40 % du déficit de leur catégorie. La situation de certains était inquiétante, si on en juge par le déficit rapporté aux recettes : plus de 10 % à Ajaccio et Montceau-les-Mines, voisin de 5 % et plus à Bastia (qui a cependant pu faire état d'une amélioration en 2009), Montluçon, Briey, Briançon, Aubagne, Senlis, Cherbourg. Pour de gros établissements comme Le

245. L'AP-HM a quintuplé son déficit entre 2004 et 2008, malgré une légère amélioration en 2006. En 2008, le cumul des déficits dépassait 200 M€

246. Le résultat du CHU de Nancy, légèrement positif en 2004, atteignait -32 M€ en 2008. Le cumul des déficits atteignait 51,5 M€

Havre, Belfort-Montbéliard, Le Mans, le ratio se situe aux alentours de 3 %. Autant de réalités que le chiffre moyen agrégé (environ -1,5 %) ne laissait pas soupçonner.

Pour certains, la dégradation des résultats est récente (2006 ou ultérieurement), comme au Havre et au Mans. Pour d'autres, comme à Bastia, Corbeil (CH Sud-Francilien), Laval, il s'agit de déficits anciens. Quelques établissements sont arrivés à des situations d'extrême tension, qui se traduisent par des trésoreries négatives, à tout le moins des mobilisations intensives de lignes de trésorerie, des retards de paiement des fournisseurs et des charges sociales, voire des incertitudes sur le paiement des salaires comme à Bastia. L'hôpital de Poissy-Saint Germain a dû emprunter pour payer ces derniers. L'AP-HM, Nancy ou Laval ont eu en commun de dépendre d'aides et de crédits pour assurer leur fonctionnement ou assumer leurs charges d'emprunt. Dans le cas de l'AP-HM, la conjoncture a failli provoquer, en octobre 2008, une interruption dans le renouvellement des lignes de trésorerie et donc dans le paiement des fournisseurs.

3 – Capacité d'autofinancement et endettement

La capacité d'autofinancement (CAF), qui mesure l'aptitude du cycle d'exploitation à rembourser les emprunts et financer les investissements, a baissé de manière globale et d'abord dans nombre de CHU. Elle n'a globalement progressé sur la période que pour la catégorie des centres hospitaliers (CH), encore cela n'a-t-il pas été le cas de tous (elle a baissé au Mans en 2007 et à Bastia, par exemple).

La CAF nette des remboursements d'emprunts est dans bien des sites très insuffisante par rapport aux besoins. Mais il arrive que la CAF avant remboursements soit elle-même négative en 2008 (très fortement à Ajaccio, Nancy, Fort-de-France, Montceau-les-Mines, Bastia, Digne, Corbeil, Basse-Terre, Senlis, Aubagne, Château-Thierry). Il s'agit alors clairement de situations de surendettement, où les emprunts nouveaux servent à rembourser ceux en cours.

La conséquence de cette insuffisance a été, pendant la période 2006-2008, une forte montée de l'endettement (l'encours est passé de 13,29 Md€ à 18,96 Md€) et des prélèvements très fréquents sur les fonds de roulement. Dans les CHU, notamment, ces prélèvements ont dû compenser une insuffisance globale de la ressource de 276 M€ par rapport aux emplois (dans les CH, il a fallu prélever 74 M€). Le phénomène a du reste obligé à consacrer une partie des emprunts nouveaux de 2008 à la reconstitution partielle des fonds de roulement.

Ainsi, l'emprunt sert non seulement au financement des investissements (voir infra), mais aussi à faire face aux déficits d'exploitation. Sur l'ensemble de la base DGFIP, les 965 M€ d'augmentation des emprunts en 2008 n'ont servi au financement des investissements qu'à hauteur de 776 M€. Dans les CHU, seulement 45% de l'augmentation des emprunts a servi à l'investissement. A l'inverse, dans les CH, l'augmentation des immobilisations totales a pu être très largement supérieure à celle des emprunts, grâce à l'autofinancement. Une fois de plus, le constat est celui d'une concentration du problème sur les CHU et de l'existence de cas difficiles dispersés parmi les CH.

B – Des déficits sous-estimés

Avant 2006, les résultats comptables des hôpitaux avaient une signification réduite du fait de la pratique généralisée des reports de charges d'un exercice à l'autre. Un progrès certain a été accompli à cette date avec l'institution des états prévisionnels des recettes et dépenses (EPRD), qui devaient favoriser le respect du principe d'indépendance des exercices et donc éviter notamment les reports de charges d'un exercice sur l'autre. Dans la ligne des constatations antérieures de la Cour sur la fiabilité des comptes des hôpitaux²⁴⁷, les juridictions financières ont vérifié sur une partie de l'échantillon le respect de ce principe et son incidence sur le résultat d'exploitation. Les constats conduisent à revoir à la hausse l'estimation des déficits.

1 – Les errements comptables

a) L'indépendance des exercices

Les chiffres globaux de la DGOS montrent certes une baisse rapide depuis 2006 des sommes comptabilisées au titre des charges sur exercices antérieurs : elles représentaient en 2006 0,96 % des charges totales mais n'étaient plus qu'à 0,36 % en 2007 et 2008 (un taux de 0,2 % est considéré comme techniquement justifiable).

Mais l'enquête a montré, dans de nombreux hôpitaux, une situation nettement moins satisfaisante, avec des reports de charges qui n'ont pas forcément baissé et ont parfois même augmenté (par exemple au Mans ou à Tarbes²⁴⁸). La sincérité des comptes en est substantiellement affectée.

247. RALFSS 2007, page 93 et suivantes.

248. Entre 2006 et 2008, les reports sont passés de 4,8 à 5,4 M€ au Mans, tandis qu'ils sont passés de 1,9 à 4,2 M€ à Tarbes entre 2006 et 2007, où la pratique s'est néanmoins améliorée en 2008.

Le lien est d'ailleurs souvent clairement établi avec les tensions budgétaires. Le ratio « reports sur charges totales » dépassait 1 % à Senlis, Lannion et Verdun, par exemple, et même 3 % en 2008 au CH Sud-Francilien où les reports de charges ont été massifs. Cette pratique n'a donc pas disparu. Il est impératif que les ministères de tutelle veillent à ce qu'elle ne prospère pas de nouveau dans les années à venir.

b) Autres problèmes comptables

L'inscription et la reprise des provisions paraissent parfois encore dictées par des principes flous ou par un opportunisme budgétaire pourtant expressément prohibé par la réglementation. A ce titre, les EPS d'Arras, Pau, Fécamp, Montauban ou Rodez, comme le CHU de Lille se sont attiré des critiques des CRC.

Parmi les provisions réglementées, le provisionnement du compte épargne temps (CET) pose particulièrement problème. Certes, les EPS ne disposent toujours pas d'une règle nationale pour la constitution et l'évolution de la provision (absence jugée peut-être opportune puisqu'elle permet d'améliorer optiquement les résultats comptables) et il est délicat d'évaluer exactement le niveau nécessaire. Cependant, le sous-provisionnement ne fait aucun doute dans la plupart des établissements contrôlés par rapport à la couverture des droits ouverts et les montants manquants sont souvent considérables. Déjà signalé antérieurement par la Cour²⁴⁹, ce problème devra trouver une solution lorsque la certification des comptes des hôpitaux se mettra en place.

De leur côté, les provisions pour renouvellement des immobilisations ne sont pas toujours dûment constituées, même lorsque des crédits exceptionnels ont été débloqués à cette fin.

Sans doute, ces approximations peuvent-elles jouer dans les deux sens. Certaines provisions pour risques et charges, par exemple pour gros entretien, sont dépourvues de justification et d'autres provisions servent de façon détournée aux mêmes fins de constitution de « réserves ». A l'inverse, les provisions pour dépréciation de comptes de tiers sont souvent insuffisantes (AP-HM, Lille, Pau, Angers, Bastia).

Le rythme choisi pour les amortissements est parfois très opportuniste et fonction de la situation financière, comme à Romorantin-Lanthenay. Une progressivité irrégulière a été adoptée à Arras. L'amortissement a été accéléré à Nice jusqu'en 2007 malgré une situation

249. RPA 2009, deuxième partie, p. 314.

financière globalement critique, il a été à l'inverse trop lent à Poissy Saint-Germain.

Perdurent également des retards fréquents dans l'apurement des créances sur les patients ou les organismes de sécurité sociale. Par exemple, les créances irrécouvrables sont restées inscrites au bilan à Poissy-Saint-Germain, afin d'éviter de passer les charges d'apurement correspondantes. Les recettes à classer sont demeurées trop longtemps à des niveaux élevés à l'AP-HP, Nice ou Bastia, ce qui peut dans certains cas être lié à des difficultés techniques dans les échanges avec l'assurance maladie (cf. infra).

Un élément supplémentaire d'opacité tient enfin aux cas fréquents de transferts irréguliers de charges entre le budget hospitalier de l'établissement et les budgets annexes (USLD²⁵⁰, services d'accueil de personnes âgées, écoles d'infirmières ...).

2 – Les retraitements opérés par les juridictions

Les juridictions ont dès lors cherché à dégager des résultats plus fiables en vérifiant la sincérité des inscriptions de charges et de produits et en corrigeant le résultat comptable des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours.

Sur la partie de l'échantillon concernée, les retraitements aboutissent à une amplification du déficit de 2008 de près d'un quart (24,6 %) en moyenne. Un peu plus des deux tiers des EPS présentant des comptes en déficit voient leur situation aggravée par le retraitement. Plus de la moitié des EPS présentant un résultat comptable positif se retrouvent, en réalité, en déficit. Dans des cas comme ceux des CHU de Nancy et Caen, l'aggravation peut dépasser 5 M€ A Bordeaux, Montpellier, Arras et Creil, elle dépasse 1 M€. Au total, les établissements non déficitaires sont l'exception. Des écarts significatifs peuvent apparaître, dont quelques exemples sont donnés dans le tableau qui suit. Calculées sur la base des seuls éléments connus des juridictions financières, ces estimations s'entendent a minima.

250. Unités de soins de longue durée.

Les résultats retraités

En M€

EPS	Résultat comptable	Résultat retraité*
CHU Montpellier	-0,06	-2,96
CHU de Caen	-13,38	-19,82
CH du Mans	-5,60	-9,06
CH Creil	-2,93	-5,28
CH Rodez	+1,92	-7,96
CH de Senlis	- 2,80	-4,57

*au sens de l'article D. 6143-40 du CSP

Source : Contrôles des CRC.

Pour poursuivre le raisonnement et à des fins informatives, un retraitement supplémentaire a été effectué. Il consiste à soustraire du résultat comptable le montant des aides exceptionnelles accordées pour limiter les déficits²⁵¹. Cette analyse a pu être faite pour l'échantillon de l'enquête et elle aboutit naturellement à une aggravation de tous les constats issus du premier retraitement : le déficit global est alors supérieur de plus des deux tiers au résultat comptable.

Il n'est pas rare que des établissements dont le déficit comptable de 2008 était compris entre 1 M€ et 3 M€ franchissent alors, à l'issue de ces deux retraitements, les 10 M€ de déficit hors les dotations exceptionnelles (exemple CH du Sud-Francilien ou Montpellier).

Deux constats peuvent ainsi être faits même s'il n'est pas possible d'extrapoler précisément à partir de l'échantillon :

- le déficit national agrégé officiel est sensiblement inférieur à la réalité ;
- le déficit de certains établissements pourtant réputés en crise est encore sous-estimé. A l'inverse, le nombre des établissements bénéficiaires est vraisemblablement surévalué²⁵².

251. Pour autant qu'on puisse toujours bien cerner la fonction effective des aides, ce qui n'est pas toujours aisé. Ce travail ne porte plus sur la fiabilité des comptes, mais vise à cerner la performance de l'activité proprement dite des établissements.

252. Il l'est d'autant plus que les excédents comptables officiels sont plus minces et basculent plus aisément dans le négatif sous l'effet d'un retraitement.

II - La mise sous tension financière des établissements

Parmi les différents facteurs explicatifs de cette situation dégradée, plusieurs sont issus des choix faits au plan national, liés à la réforme du financement des hôpitaux, au moment même où était recherchée la maîtrise de l'ONDAM hospitalier et où s'engageait malgré tout un plan de relance des investissements hospitaliers²⁵³.

A – Un objectif de responsabilisation des établissements

Le choix de faire correspondre les ressources des hôpitaux avec le produit valorisé de leur activité (pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, MCO, dans un premier temps) a conduit à faire apparaître un écart entre charges et produits. A ainsi été révélé dans les comptes des établissements un déficit qui pesait auparavant sur l'assurance maladie, à travers la dotation globale aux hôpitaux. Ce choix, qui peut éventuellement entraîner des coûts de refinancement plus élevés, se justifie par la volonté de contraindre les établissements à se restructurer et à accroître leur productivité.

1 – L'effet des évolutions de la ressource d'assurance maladie

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie propre à l'hôpital « ONDAM hospitalier » est le premier des instruments de mise sous tension du secteur. Son taux de progression annuel tel qu'il résulte de la LFSS traduit cette volonté politique : de 2006 à 2008, il a été fixé en dessous de l'évolution spontanée de la dépense, intégrant ainsi des économies prévisionnelles²⁵⁴.

Il est cependant délicat d'apprécier l'efficacité globale du dispositif en termes de maîtrise des dépenses, même au niveau macroéconomique. L'écart entre le taux d'évolution tendancielle des dépenses et le taux d'augmentation de l'ONDAM voté et exécuté ne rend qu'imparfaitement compte de l'effort imposé aux établissements. Ainsi que la Cour l'a déjà montré à plusieurs reprises, la base à laquelle s'applique le taux de

253. La Cour a déjà examiné la cohérence de ces trois volets dans le RALFSS 2009.

254. Cf. RALFSS 2009 ainsi que chapitre II du présent RALFSS, pour l'analyse des économies supposées, intégrées en fait dans la détermination du taux de progression de l'ONDAM.

croissance de l'ONDAM fait l'objet de divers ajustements, « rebasages » et corrections de périmètres. Surtout, la capacité à respecter l'objectif voté est encore incomplète. Comme l'a montré le RALFSS 2009, elle n'a pas été parfaite en 2008 et le dépassement de 2009 sur les hôpitaux est actuellement évalué à 0,9 %. Pour autant, une évolution sensible de la dépense d'assurance maladie ne se traduit pas nécessairement par l'amélioration du résultat des hôpitaux : moins de 60 M€ d'amélioration en 2009 pour un accroissement de la dépense supérieur à 1,5 Md€.

Par ailleurs, l'ONDAM constitue en principe une enveloppe fermée qui inclut non seulement l'incidence de la progression de l'activité, mais également les effets tarifaires ainsi que les recettes autres que celles directement liées à l'activité, comme les dotations accordées par la tutelle. Toute progression de l'un de ces trois termes a vocation à être compensée par les autres. En pratique, la progression des éléments hors tarifs s'impute sur ceux-ci, aboutissant à des hausses de tarifs réduites, voire à des baisses (-0,03 % en 2009). La neutralité macroéconomique du dispositif n'implique pas, cependant, que les acteurs de terrain adoptent des comportements vertueux, tant que les insuffisances de gestion et les avantages particuliers négociés avec les ARH (par exemple sous la forme de dotation MIGAC accrues) peuvent être compensés par de moindres revalorisations de tarifs, qui elles s'imposent à tous.

Au total, l'effet de l'évolution contrainte de l'ONDAM hospitalier sur les dépenses des établissements est donc incertain.

2 – La T2A : les effets d'un changement de modèle

Le financement par dotation globale avait permis à beaucoup d'établissements de bénéficier de moyens dépassant ce qu'aurait justifié leur activité. L'alignement de leurs ressources sur leurs produits d'exploitation, c'est-à-dire sur la valorisation de leur activité réelle, complétée de dotations représentatives des activités échappant à cette valorisation, a fait apparaître des déficits qui pouvaient parfois avoir des origines anciennes.

Même si la cartographie des résultats est un peu brouillée par divers mécanismes compensatoires (cf. infra), on constate que les hôpitaux historiquement « sur-dotés » constituent l'essentiel des établissements déficitaires. Ils se rencontrent prioritairement dans certaines régions, elles aussi globalement sur-dotées (exemple Provence Alpes Côte d'Azur). Mais les inégalités historiques existent aussi à l'intérieur des régions. Ces EPS sont représentatifs de la difficulté qu'il y

a à adapter l'offre hospitalière au rythme imposé par la réforme du système de financement, même avec les délais de transition prévus.

La persistance, voire l'aggravation du déficit de certains établissements, mesure leur plus ou moins grande aptitude à s'ajuster à la nouvelle donne. Nombre d'entre eux sont en outre confrontés à une stagnation ou à un recul de l'activité qui implique nécessairement que le redressement ne peut passer que par une action sur la dépense. Or, cette vérité a mis du temps à se faire jour. De plus, depuis l'instauration de la T2A, toutes les campagnes tarifaires ont fondé les calculs des taux de hausse sur l'hypothèse d'une augmentation de l'activité en volume : il y a donc un handicap supplémentaire pour les EPS qui ne sont pas dans ce cas.

L'AP-HP, les HCL et l'AP-HM sont les plus éminents des « sur-dotés ». L'intégralité des hôpitaux de l'AP-HP présentait en 2006 et 2007 des dépenses supérieures aux recettes. A Lyon, malgré divers amortisseurs, les recettes provenant de la T2A et de la DAC ont baissé de 6,5 % entre 2005 et 2007. Le groupement hospitalier du Havre constitue un autre exemple de réveil brutal en 2006.

B – Les effets des mécanismes d'adaptation et de redistribution

Divers mécanismes sont intervenus pour atténuer ou étaler dans le temps l'effet de ces nouvelles modalités de financement, ainsi que pour atteindre des objectifs complémentaires (compléter le mécanisme tarifaire, compenser des distorsions...). Du point de vue des établissements, ces dispositifs d'adaptation ne sont pas neutres et contribuent notablement à l'explication des situations locales. Seront successivement évoqués à ce titre les effets des mesures de transition, l'incidence des MIGAC et les effets de la structure tarifaire.

1 – Les effets des mesures de transition

Le déploiement de la T2A dans les établissements pratiquant la MCO s'est fait de manière progressive à partir de 2004. L'objectif « 100 % T2A » a été formellement atteint en 2008, mais à cette date ont été mis en œuvre des « coefficients de transition ». Destinés à rendre plus douce la période de démarrage, ces coefficients retardent aussi inévitablement l'émergence de difficultés financières. Symétriquement, les EPS sous-dotés ne constatent que progressivement les gains du nouveau système de financement.

Les établissements jadis sur-dotés, censés se préparer à une baisse progressive de leurs recettes, ont ainsi vu en 2008 leurs recettes T2A affectées d'un coefficient supérieur à 1, calculé sur la base de l'activité de 2006²⁵⁵. Le mécanisme inverse s'applique aux établissements jadis sous-dotés. Chaque année, l'ARH puis l'ARS fixera le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition, de manière à ce que tous les établissements se voient appliquer les mêmes tarifs en 2012 au plus tard.

Ces dispositifs (progressivité de l'application de la T2A puis coefficients de transition) entraînent d'importants transferts de ressources entre les établissements, estimés à 1 200 M€ sur la période 2004-2012, dont 240 M€ restant à réaliser de 2010 à 2012.

Effets de la convergence intra-sectorielle sur les EPS

En M€

		Effet de la convergence 2009	Impact de la convergence de 2010 à 2012
Toutes catégories EPS	somme des gains	128,4	246,1
	somme des pertes	-126	-241,3
dont CHU/CHR (sauf AP/HP)	somme des gains	50,5	167,9
	somme des pertes	-89,1	-293,8
AP-HP	perte	-40,9	-81,8

Source : Données ATIH

La baisse de recettes enregistrée par les hôpitaux sur-dotés signifie que ceux d'entre eux qui sont entrés déficitaires dans la période verront leurs perspectives s'assombrir d'ici 2012 ou, en d'autres termes, qu'ils devront accélérer leur retour à l'équilibre alors même que leur activité peut stagner. L'AP-HM, par exemple, était déficitaire de 58,4 M€ en 2008, malgré un surcroît (ou atténuation de la baisse théorique) de recettes dû à un coefficient de transition de 1,0666 (37 M€). En 2009, le coefficient est passé à 1,0444, ce qui a généré un manque à gagner de plus de 12 M€. Le CHU de Caen, dont la baisse de recettes a été atténuée en 2008 de l'équivalent de la moitié de son déficit final, est dans un cas de figure analogue. A l'AP-HP, l'atténuation a approché 130 M€ car le coefficient de transition établi à 1,053 était le plus fort des CHU-CHR, après Marseille et Pointe-à-Pitre.

255. Activité majorée de 1,7 % pour tenir compte des évolutions intervenues dans l'intervalle. Ce coefficient a été appliqué aux tarifs de l'exercice 2008 de manière à disposer du même montant de recettes que celui qui aurait été attribué dans le dispositif antérieur.

A ces coefficients de transition peuvent s'ajouter des coefficients géographiques au profit des établissements d'Ile-de-France, de Corse et des DOM, financés *de facto* par les établissements des autres régions, même s'ils sont de leur côté exposés à des surcoûts géographiques²⁵⁶.

2 – Les MIG et les AC

L'enveloppe de l'ONDAM hospitalier doit également financer les concours accordés au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC). Ces concours ont connu une forte augmentation depuis plusieurs années (+41 % entre 2006 et 2009) et devaient atteindre en 2009 7,7 Md€ soit 18 % de l'ODMCO, dont plus du tiers en AC. Ces augmentations sont en partie dues à des élargissements du périmètre, à mesure que certaines missions sortent du champ du financement par voie tarifaire (en 2009, permanence des soins et prise en compte de la précarité des patients).

La Cour a déjà exposé la diversité des MIGAC et de leurs finalités²⁵⁷. Leur impact sur les comptes des établissements est plus précisément présenté ici ainsi que leur contribution au redressement des situations, dans la III^{ème} partie de ce chapitre.

Les dotations au titre des MIGAC ont progressé rapidement dans de nombreux établissements, au-delà de ce que pouvait expliquer l'élargissement de leur périmètre théorique. Par exemple, au CH de Saint-Nazaire, l'augmentation a été de 155 % entre 2003 et 2007 et à nouveau de 20 % en 2008. A Rochefort, elles ont progressé de 90 % de 2005 à 2007. Elles évoluent donc en général plus vite que les produits de l'activité, ce qui signifie que le système de financement mis en place avec la T2A est de plus en plus dual, avec une partie croissante résultant de la négociation entre les établissements et les ARH (ou le ministère).

Ce dernier trait explique en partie les écarts entre établissements : en 2007, par exemple, la conférence des directeurs des affaires financières des CHU a calculé que les MIGAC représentaient en moyenne un peu plus de 18 % des produits versés par l'assurance maladie aux CHU, mais dans une fourchette de 8 à 23 %. L'AP-HP, par exemple, a vu ses dotations MIGAC progresser de 31 % entre 2005 et 2007 alors que l'augmentation au plan national était de 23,5 %.

256. Cf. RALFSS 2009 : La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours p. 171 et suivantes.

257. Idem.

Un lien apparaît, au cas par cas, entre l'évolution des MIGAC et la situation financière des établissements, alors même qu'une majorité des MIGAC est censée être la rémunération objective de missions impossibles ou difficiles à tarifier dans les GHS. Toutefois, de gros établissements attribuent aux approximations présidant au mode de calcul et d'attribution des MIGAC une part notable de leurs pertes (exemple Lens, Bordeaux, Lons-le-Saunier, Arras, Corbeil). A l'inverse, certains comme Caen en 2007 y ont sans doute gagné.

3 – Les effets de la structure tarifaire

L'élaboration des tarifs est une mécanique complexe mais son ambition de base consiste à répartir des financements grâce à une référence à des coûts moyens, génératrice par construction d'écarts avec la situation réelle des établissements. L'amélioration de cette échelle des coûts est en chantier. Celle utilisée pour 2009 a différé de la version précédente par des évolutions comprises entre -10 % et +13 % selon les « catégories majeures de diagnostic ».

Cependant, ce n'est pas l'échelle des coûts seule qui produit les tarifs, comme la Cour l'a déjà montré²⁵⁸.

Le passage d'une classification à une autre n'est pas neutre financièrement. L'introduction de la V11 de la classification des GHM, en 2009, a conduit à redistribuer entre les établissements 200 M€ environ. Les simulations réalisées par l'ATIH avant son introduction montrent que la nouvelle structure est défavorable au financement des activités de médecine, même après lissage, et favorable à la chirurgie et à l'obstétrique. Les séjours à sévérité lourde seront également mieux financés. Des effets différenciés sont également sensibles entre spécialités.

L'impact effectif de la nouvelle grille tarifaire sur le produit de chaque établissement dépend ainsi de son éventail d'activités (« case mix »), et seulement ensuite -vraisemblablement dans une moindre mesure- de sa capacité d'adaptation. Par suite, un hôpital dont le coût moyen serait proche du coût moyen national mais dont le case mix différerait de la cible de l'autorité tarificatrice pourrait ainsi être pénalisé ou avantagé, selon les cas.

De ce fait, a priori, les CHU devraient être favorisés par la V11 qui valorise mieux les cas complexes (leur activité MCO spécifique ne représente certes que 7 % de leur activité mais génère entre 15 et 21 % de

258. Cf. RALFSS 2009, chapitre VII, p.173 et suivantes.

leurs recettes dans l'échantillon de l'enquête). A contrario, un établissement comme celui de Dinan aurait perdu, à activité inchangée et par le seul effet prix de la nouvelle structure tarifaire, 0,6 M€ en 2009, soit l'équivalent de la moitié de son déficit de 2008. La même configuration a été trouvée à plusieurs reprises par l'enquête. Les changements tarifaires relatifs à la surveillance continue ou aux séjours de durée « extrême » (les plus courts et les plus longs) ont également déplacé des masses de recettes importantes en proportion des résultats des établissements concernés (par exemple perte de recettes de 1,4 M€ au CH de La Rochelle, à activité constante, entre 2008 et 2009 sur les séjours extrêmes).

L'ensemble de ces évolutions ne permet donc pas aux établissements de toujours percevoir précisément le lien entre leurs résultats et leurs coûts, qu'au demeurant tous n'apprécient pas correctement non plus.

C – Une politique d'investissement coûteuse

1 – Les choix du plan « Hôpital 2007 »

Dans le RALFSS 2009, la Cour a montré que le plan Hôpital 2007 avait déclenché des investissements très lourds, reposant finalement sur une clé de financement moins favorable aux établissements que celle qui les avait incités à lancer les opérations. Les aides ont représenté une part de l'investissement moindre que celle annoncée. En outre, le choix de procéder davantage par aides à l'exploitation²⁵⁹ destinées à faciliter le remboursement des charges d'emprunt que par apport en capital est certes moins « consommateur » d'ONDAM dans l'immédiat que le choix inverse, mais plus coûteux pour les EPS et in fine, pour la sécurité sociale.

L'enquête sur le terrain a confirmé que tous les investissements n'ont pas été précédés d'études suffisantes du retour sur investissement. Beaucoup pèsent durablement sur la marge de manœuvre des établissements, quand ils ne la font pas disparaître. Un cas emblématique est celui du CHU de Nancy qui a le troisième déficit cumulé de France. Encore peu endetté en 2002, il s'est fragilisé au rythme des investissements massifs réalisés au cours des cinq dernières années. L'encours de la dette a quasiment doublé entre 2006 et 2008, pour

259. Les aides à l'exploitation sont regroupées au sein des AC, dont elles ont constitué le premier objet et représentent encore plus de 40 % en 2008 (961 M€), contribuant ainsi à leur pérennisation.

atteindre 218 M€ Or la pertinence et la dimension des projets paraissent peu en rapport avec l'évolution de son activité.

Les CHU, s'ils ne sont certes pas tous dans la situation de celui de Nancy, se sont fortement endettés pour financer une politique d'investissement très dynamique. Alors qu'ils concentrent les déficits d'exploitation, malgré une activité soutenue pour beaucoup d'entre eux, ils ne parviennent pas à équilibrer les charges nouvelles résultant de cette stratégie.

En élargissant encore le point de vue, on constate que c'est l'ensemble des établissements du secteur public sous T2A qui a poursuivi un gros effort d'investissement. De 2006 à 2008, le montant des investissements a crû de 16 % (5,4 Md€ fin 2008). Si les CHU, hors AP-HP, représentaient encore en 2008 près du tiers de l'investissement de l'ensemble, les CH ont accéléré récemment leur effort (+21 % entre 2006 et 2008) ; l'AP-HP a avancé au même rythme que l'ensemble. Sur ces trois années, l'investissement des CHU a représenté 6 690 M€, dont l'AP-HP 1 545 M€, les HCL 643 M€ et l'AP-HM 445 M€

2 – L'endettement induit

Le phénomène décrit ci-dessus constitue l'explication essentielle -même si ce n'est pas la seule- de la progression remarquable de l'endettement du secteur. Ainsi, à la fin de 2008, la CAF brute de l'AP-HP et des CHU ne s'élevait qu'à 38 % de l'effort d'investissement.

La vague d'investissement, qui répondait à un réel besoin, paraît cependant avoir été lancée indépendamment de ce que l'exploitation des hôpitaux pouvait dégager en moyens. De 2006 à 2008, les annuités de remboursement dans les CHU ont progressé de 60 %. Il en découle un accroissement des charges d'exploitation (le poids des charges financières par rapport aux recettes d'activité a crû de plus d'un quart de 2006 à 2008 à l'AP-HP, de 17 % dans les CHU) et une perte d'indépendance financière. Pour plus de la moitié des EPS de l'échantillon, l'emprunt est désormais prépondérant parmi les ressources stables. Il en représente parfois 100 % ou presque. Dans 10 % des CH importants, comme celui du Mans, entre les 2/3 et les 3/4 des ressources stables sont constitués par des emprunts.

Le niveau atteint par l'endettement est très préoccupant dans certains CHU importants (Nancy, AP-HM, Nice). Il pourrait le devenir dans d'autres si leurs déficits s'accroissent et s'ils s'endettent encore ; une spirale déficitaire peut rapidement s'amorcer. En tout état de cause, la situation va empirer pour ceux qui vont voir débiter la période de remboursement d'emprunts lourds ou de loyers de baux emphytéotiques

élevés (par exemple Le Havre, Corbeil). Pour d'autres, au contraire, des investissements onéreux sont sans doute inéluctables alors que leur indépendance financière est déjà précaire.

La crise ainsi décrite ne caractérise pas que des hôpitaux très importants. Au sein de l'échantillon, on peut en citer de tailles diverses :

- le CH de Loches a un budget annuel de 21 M€ L'établissement vient d'être reconstruit à neuf. En 2008 son encours de dette se montait à 26,5 M€ son déficit réel à 3,7 % des recettes 2007 et il n'avait plus de marge de manœuvre ;
- le CH de Lannion a un budget de 71 M€ et des déficits récurrents (plus de 3,5 % des produits d'exploitation en 2007 pour le résultat retraité), pour un endettement de 40 M€ environ. Il ne devrait plus pouvoir emprunter avant plusieurs années mais son projet d'établissement prévoit pourtant 5 M€ par an de nouveaux investissements ;
- le CH de Lons-le-Saunier a 76 M€ de recettes, un déficit retraité qui s'est fortement accru pour atteindre 2,5 % des recettes en 2008. Un programme d'investissement de 32 M€ a été conclu en 2003 avec l'ARH. L'endettement a plus que triplé entre 2006 et 2008. La charge de remboursement va être de plus en plus lourde et l'établissement ne pourra plus envisager de nouveaux investissements hors renouvellement ;
- au CH de Dole, les charges du titre IV (amortissement, provisions, charges financières) sont passées de 3,8 M€ à 6 M€ entre 2004 et 2008, chiffres à comparer aux déficits réels d'exploitation (2,9 M€ en 2006, 4,7 M€ en 2007, 1,8 M€ en 2008 après aide exceptionnelle de 1,5 M€). Ayant engagé plus de 33 M€ de dépenses d'équipement dans cette période, financées par recours à l'emprunt (l'endettement a doublé), il a dû réduire les investissements prévus en 2008 et devra désormais se limiter au strict nécessaire ;
- le CH d'Arras est en déficit depuis 2004 (hors 2005), avec une pointe de -15,3 M€ en 2007, malgré une pratique irrégulière des amortissements. Il a investi 161 M€ pour la construction d'un nouvel hôpital (en dépassement de 14 % sur l'estimation initiale).

La dette des établissements comprend parfois des emprunts à risques et notamment des produits « structurés » ; ils peuvent même en représenter une part importante, voire majoritaire. C'est le cas, par exemple, à Senlis, Arras²⁶⁰ ou Dole (40 % dans ce dernier cas). Certains

260. A Arras, les emprunts « à risque » s'élevaient à près de 120 M€ en septembre 2009 et représentaient 73 % de l'encours de la dette.

ont encore été contractés en 2009 (à Arras), alors que l'attention avait déjà été publiquement attirée sur les inconvénients de cette pratique²⁶¹. On peut craindre de vrais sinistres à court ou moyen terme, avec des échéances à taux d'intérêt élevé qui semblent inéluctables. L'expertise suffisante ne paraît pas être disponible dans les EPS ni au sein de leur tutelle.

Par ailleurs, 23 CHU et 1 CHR se sont lancés ensemble en 2009 (mais pas solidairement) dans une procédure d'émissions obligataires (l'AP-HP le faisait déjà). La première émission s'est montée à 270 M€. Cette technique présente certes des avantages, à commencer par une diversification des sources et un abaissement possible des coûts²⁶². Cependant, l'amortissement de l'emprunt en une seule fois dans dix ans, sans amortissement annuel intermédiaire à la différence de la plupart des emprunts bancaires, imposera une discipline particulière aux établissements concernés. Le risque serait en effet que ces établissements souscrivent des engagements supplémentaires inconsidérés, reportant ainsi d'autant la résolution de leur problème de financement.

III - L'effet de ciseaux entre charges et recettes

L'enquête a établi que dans une majorité d'établissements, la croissance des charges a été au cours des années récentes plus rapide que celle des recettes. La différence n'est pas nécessairement considérable -l'écart de taux annuel moyen peut être inférieur à 1 point- mais si elle persiste sur plusieurs exercices elle peut aboutir à des impasses importantes. A l'AP-HM l'augmentation des dépenses a été de 50 % supérieure à celle des recettes entre 2004 et 2008.

Dans la recherche des causes des écarts, il convient donc d'examiner l'évolution de l'activité et l'efficacité des rouages qui permettent de passer de l'activité aux recettes. Quant aux coûts, ne seront évoqués ici que ceux qui n'ont pas déjà été abordés supra (coûts de l'endettement) ou dans le RALFSS 2009 (carences d'organisation de la production de soins ou surdimensionnements de l'équipement, fréquente incapacité des établissements à repérer et mesurer leurs foyers de surcoûts).

261. Notamment dans le rapport public annuel 2009 de la Cour.

262. L'excellente notation accordée à l'opération par une agence ainsi que le taux obtenu du marché laissent entendre que les investisseurs ont, à défaut d'une garantie que l'Etat ne pouvait pas donner sans disposition législative, implicitement considéré que celui-ci ne laisserait pas un EPS faillir à ses engagements.

Mais les facteurs peuvent aussi se cumuler : le cas n'est en effet pas rare d'établissements frappés à la fois par le poids des investissements, l'effet de ciseau entre évolution des charges et évolution de l'activité et enfin la résorption de leur passé d'hôpitaux sur-dotés.

A – Activité et recettes

Le niveau d'activité des établissements est une composante essentielle de leur équilibre financier, mais dont l'effet est variable en fonction de leur capacité à la transformer en recettes.

1 – Evolution de l'activité

a) Activité globale

Un nombre frappant de projets d'établissement ou de plans de retour à l'équilibre financier (PREF) ont tablé sur le développement de l'activité de l'hôpital concerné. Ce parti pris, qui n'a pas souvent été contredit par la tutelle, est sans doute plus facile à adopter qu'un programme de réduction des coûts. Mais sa généralité pose deux problèmes. D'une part, il suppose une demande globale de soins hospitaliers plus extensible qu'elle ne l'est sans doute ou bien il néglige la réalité concurrentielle. D'autre part, il semble faire peu de cas du mode de construction de l'ONDAM, qui tend à compenser par une baisse des tarifs l'impact d'une augmentation nationale des volumes. Aussi, avec le recul, le constat le plus fréquent est-il que les prévisions d'extension de l'activité n'ont pas été réalisées.

Dans l'échantillon de l'enquête, les cas de baisse de l'activité au cours de la période récente sont en fait assez nombreux, y compris dans de très grands centres et pas seulement dans les zones rurales (Poissy-Saint Germain, Decazeville, Laval, Vexin...). Globalement, les cas de baisse et de stagnation l'emportent sans doute sur ceux de franche expansion. Dans de nombreux cas, l'équilibre prévisionnel des établissements était pourtant fondé sur des perspectives de croissance de l'activité, qui se sont révélées erronées (et n'étaient du reste en général pas crédibles).

Or, lorsque l'activité baisse, il est inévitable que les charges ne suivent pas immédiatement.

b) Evolution des composantes de l'activité

Plus souvent encore, les activités ont une évolution divergente au sein d'un même établissement. L'activité de médecine, qui n'est pas soumise à une forte concurrence du secteur privé hors la cardiologie, progresse dans la majorité des cas, du moins si on l'exprime en nombre d'entrées ; le nombre de journées ne progresse pas au même rythme car la durée des séjours a tendance à baisser. L'obstétrique connaît également un dynamisme certain, avec une augmentation du nombre d'accouchements et une tendance à la baisse des durées de séjour. Un sensible désengagement des cliniques est d'ailleurs constaté dans ce secteur (le CH de Mâcon par exemple se trouve désormais en situation de quasi monopole).

En chirurgie, au contraire, la tendance est à la stagnation, voire au repli, surtout dans les hôpitaux moyens, alors que c'est l'activité que la tarification tend à favoriser. Dans le meilleur des cas, les parts de marché se maintiennent en 2006-2008 mais on relève plusieurs territoires où l'activité des cliniques progresse quand celle de l'hôpital stagne. Dans le Rhône, les Hospices civils ont stabilisé leur part de marché à 27 %. Cependant, on observe dans le même temps une augmentation du poids relatif des cas graves dans les EPS.

Au moment de l'enquête, en outre, les établissements qui allaient perdre de l'activité, en application des nouveaux seuils réglementaires d'agrément de traitements du cancer, n'en avaient pas encore pris toute la mesure. C'est du reste tout un mouvement de contraction du réseau qui s'est amorcé avec cette première spécialité et qui va profondément changer la configuration de l'activité hospitalière.

Le recours à l'activité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires était très inégal en 2009 et possédait encore de fortes marges de progression. Cette activité est très concurrentielle et suppose une organisation rigoureuse et complexe qui n'est pas encore partout à l'œuvre ; elle implique aussi l'existence d'un réseau de praticiens libéraux « adresseurs ». L'évolution, si elle est globalement indéniable, est lente.

L'enquête a confirmé la hausse continue du recours aux urgences et l'importance du recrutement des patients par cette voie, qui est un facteur de coûts supplémentaires et de perturbation pour l'activité des blocs, mais aussi un signe d'insuffisant ancrage local susceptible d'alimenter l'activité programmée. Le taux moyen d'hospitalisation de patients régionaux aux urgences est de 25 %, mais de 35 % à Arras, par exemple.

2 – De l'activité aux recettes

a) La valorisation des recettes

La mise en œuvre de la T2A a rendu cruciale pour l'équilibre financier l'étape de valorisation de l'activité ; elle l'a également soumise à une complexité nouvelle. La tâche n'est pas simple pour les praticiens, théoriquement en charge du codage des actes, au point qu'elle a souvent commencé par être centralisée à la direction de l'information médicale (DIM) et qu'elle reste sujette à contrôles et redressements par celle-ci. Actuellement, la répartition des tâches est hétérogène, parfois au sein même des établissements. En tout état de cause, elle mérite des actions de formation, des outils de pilotage et sans doute un système d'intéressement (le secteur privé, où la rémunération est à l'acte, n'a pas ce souci). Cependant la qualité du travail des codeurs n'est pas seule en cause : il existe de multiples causes possibles d'insuffisances dans la valorisation, notamment du fait de l'instabilité tarifaire et réglementaire, comme l'a montré une étude du CHU de Caen.

Il reste que le codage actuel génère des pertes importantes. Par exemple, une anomalie probable à l'AP-HM, repérable dans son PMCT²⁶³ atypique, pourrait lui avoir coûté 40 M€ environ en 2008. Or, le déficit de son budget s'est élevé à 58,4 M€. Il est possible aussi qu'existent à l'inverse des codages indus, même si la tutelle et la CNAMTS se disent confiantes dans leur aptitude à les repérer.

Les délais de production sont souvent trop longs, ce qui dénote encore un défaut de mobilisation dix ans après le début du codage et quinze ans après le début du PMSI. Le développement de la cotation en temps réel aurait l'avantage subsidiaire de favoriser celui de la facturation avant la sortie du patient.

La qualité du codage est encore inégale. Au CH de Montauban, un retraitement par le DIM des dossiers de 2007 a permis d'évaluer à 1,3 M€ (en 100 % T2A) l'impact de la sous-valorisation. Au CHU de Caen, les contrôles ont permis une récupération de 8,9 M€ en 2008. Est notamment à noter une sous-valorisation fréquente de l'activité réelle, par manque d'exhaustivité du codage des diagnostics associés.

Il se pourrait cependant que l'année 2009 marque, si l'on en croit les résultats provisoires, un progrès significatif du codage, qui serait attribuable soit aux effets enfin sensibles de la pédagogie, soit à l'attrait tarifaire de certaines rubriques de la V11. Ces signes encourageants

263. Poids moyen du cas traité.

seraient amplifiés par la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

b) La facturation et le recouvrement

Pour l'essentiel, les hôpitaux adressent leurs factures d'une part aux caisses d'assurance maladie, d'autre part aux patients et/ou à leurs organismes complémentaires pour les prestations qui restent à la charge de ceux-ci.

Selon la DGOS, les pertes de recettes liées aux insuffisances de la chaîne de facturation seraient comprises entre 5 et 15 % du budget des hôpitaux. Un diagnostic interne du CHU de Caen réalisé en 2007 a chiffré ces pertes à plus de 14 M€ ce qui représentait pour cette année 60 % du déficit constaté. Certes, les nombreuses évolutions réglementaires et tarifaires multiplient les heurts dans cette chaîne, mais il existe aussi des défauts d'organisation. Un problème fréquent est le défaut de fiabilité du recueil et de la saisie des données administratives relatives au patient. Cela contribue à expliquer le fort taux de rejet des factures par les caisses pivots d'assurance maladie (7 à 10 % dans les meilleurs cas, sur les seuls flux télétransmis) et par les comptables publics (10 %). Selon l'IGAS, entre un tiers et la moitié des rejets sont liés à des identifications erronées des droits des assurés. L'entrée par les urgences est certes un facteur important d'incomplétude des dossiers compte tenu de la pluralité des intervenants. Les consultations externes sont aussi un foyer de pertes : la facturation imparfaite y porte souvent sur des sommes individuellement modiques mais dont le total est très important, ce qui fait que les consultations externes sont responsables de l'essentiel des admissions en non valeur des établissements.

Toutes les défaillances dans les procédures d'enregistrement induisent in fine un allongement du délai de recouvrement (annulations puis rémissions des titres) et ont des conséquences sur le besoin de trésorerie de l'établissement.

D'autre part, après le paiement par l'assurance maladie, il arrive assez souvent que le comptable de l'établissement rencontre à son tour des difficultés pour rapprocher les titres de recettes émis des versements effectués, ce qui entraîne dans les comptes un gonflement et une pérennisation des recettes à classer.

La réforme de 2003 instaurant la T2A prévoyait la mise en place en 2006 d'une facturation directe et individuelle à l'assurance maladie, à l'instar du système en vigueur pour les cliniques privées. Cette modernisation serait de nature à résoudre une bonne part des problèmes évoqués ci-dessus. Sa réalisation a été continûment reportée, notamment à

cause de l'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information hospitaliers et ceux de l'assurance maladie.

Les délais moyens d'émission des factures sont longs et cela produit de hauts niveaux de restes à recouvrer dans les comptes. Par exemple, au CH de Lons-le-Saunier, le délai entre le fait générateur et l'émission du titre de recette est en moyenne de deux mois et demi. Le montant des créances à recouvrer y atteint 3,1 M€ en fin d'exercice 2008 hors créances sur l'AM, soit plus que le déficit de l'année. Au CH de La Rochelle, un acte réalisé en fin d'année donnera lieu aux premiers encaissements en mars de l'année suivante (juillet pour les patients sans tiers payant).

Dans plusieurs cas, comme à Arras, les créances à recouvrer ont évolué sur la période nettement plus vite que les produits, signe de dégradation de la facturation et/ou du recouvrement. Dans plusieurs cas également, on a constaté une forte insuffisance de provisionnement des risques d'irrecouvrabilité (Lille, Bastia par exemple). A l'inverse, des exemples d'évolution positifs comme au CHU de Nîmes et à l'AP-HM montrent qu'affecter des moyens administratifs spécifiques à l'optimisation de la chaîne facturation-recouvrement peut être très productif.

B – Les dépenses de personnel

Après le RALFSS 2009 qui a analysé les causes de surcoût liées à l'organisation, les investigations des juridictions ont porté sur les charges de personnel.

1 – Le poids des charges de personnel

Rapportées à la dépense totale des établissements, les dépenses de personnel pèsent, pour 90 % de l'échantillon de l'enquête, entre 60 et 70 % (le plus souvent plus de 65 %) ; le reste de l'échantillon est au-dessus de 70 %. C'est un poids en augmentation dans la moitié des cas entre 2006 et 2008.

Rapportées aux recettes d'exploitation, elles pèsent de façon croissante à mesure qu'on descend des CHU (80 %) jusqu'aux budgets inférieurs à 20 M€ (98 %). Parmi les établissements contrôlés, deux ne couvriraient même pas les dépenses de personnel par leurs recettes d'activité (Magny-en-Vexin, Saint-Hilaire du Harcouët). Le premier a, du reste, fait l'objet d'un contrôle approfondi à la demande de l'ARH à cause de l'importance de son déficit. Ces établissements ont sans doute un problème de taille critique. Parmi ceux dont la dépense de personnel a

dépassé 90 % des recettes d'exploitation, on retrouve Laval et, guère loin des 90 %, des établissements déjà signalés pour d'autres raisons comme Corbeil.

Les données nationales, notamment celles du comité d'évaluation de la T2A (de septembre 2009) font état d'une évolution des charges de personnel fluctuant entre +3 % et +5 % par an entre 2003 et 2007, évolution plus rapide que celle des produits pour 2007.

Les juridictions ont évidemment trouvé des décalages nettement plus importants dans les établissements dont l'activité stagnait ou régressait (Magny-en-Vexin, Montluçon, Le Havre). Globalement, la dépense de personnel a progressé :

- plus vite que les recettes totales, entre 2006 et 2008, dans un peu moins de la moitié des EPS de l'échantillon ;
- plus vite que les produits de l'activité médicale dans 70 % des cas ;
- plus vite que les dépenses totales dans 60 % des cas.

Parmi les causes de cette progression, figure l'effet des mesures salariales nationales et de la publication des normes techniques. Il y a aussi des explications locales, qui se reflètent dans la dispersion de certains indicateurs. Le coût moyen annuel d'un salarié non médical (en ETP) hors charges sociales connaît un écart de 22 % entre Fécamp et Sarreguemines en 2008 (l'écart maximal dans l'échantillon n'était que de 18 % en 2006). Le coût moyen annuel d'un médecin varie de 45 % entre Verdun et Montluçon.

Certains établissements ont mis en œuvre une politique d'avancement avantageuse (CHU de Limoges, La Rochelle) pour les personnels non médicaux, pourtant régis, en principe, par un statut national unique. Dans le cas des médecins, la rémunération de contractuels et celle de la permanence des soins, qui sert souvent à faciliter les recrutements, peuvent contribuer à expliquer les écarts. En 2008, le coût moyen de la permanence des soins, inclus dans le coût annuel d'un médecin, est deux fois et demie plus cher à Fécamp, qui cette fois-ci est l'établissement le plus cher de l'échantillon, qu'à La Rochelle. Ce coût a augmenté de plus de 10 % entre 2006 et 2008 dans 21 % des établissements, mais a diminué dans 47 % des cas, indice supplémentaire de disparité des pratiques.

2 – La productivité des personnels

Entre 2006 et 2008, la progression des effectifs non médicaux a persisté, bien qu'inférieure à 5 % dans les deux tiers des établissements. Les CDD, en particulier, ont sensiblement augmenté. Il faut dire que

l'absentéisme est resté élevé (entre 6,9 % et 11,8 % en 2008, avec 70 % des établissements à 9,5 % ou plus). Cependant, les contractuels de remplacement n'ont pas été embauchés en aussi grand nombre que l'aurait impliqué le remplacement intégral, il s'en faut de 10 %.

Les effectifs médicaux ont progressé de moins de 5 % dans un tiers des établissements, de plus de 10 % dans un autre tiers qui a eu souvent un usage prononcé du personnel non permanent (Nancy, Sarreguemines.). A plusieurs reprises, la perspective de nombreux départs à la retraite à moyen terme a été signalée.

Même calculé en excluant internes et étudiants, le ratio « produits de l'activité/nombre d'agents » connaît de forts écarts dans l'échantillon : 50 % pour le personnel non médical, 29 % pour le personnel soignant non médical, 67 % pour le personnel médical (les extrêmes sont à Sarreguemines et Montluçon dans ce dernier cas). Sans doute, existe-t-il peu de normes réglementaires d'encadrement dans les services de soins de nature à réduire les disparités et leur développement augmenterait probablement les coûts. Cependant, la faible productivité de certains établissements peut aussi s'expliquer par des conditions très avantageuses en matière d'aménagement du temps de travail, qui nécessitent des recrutements supplémentaires (comme le montre l'exemple de Dole).

3 – Le lien avec la situation financière

Le lien n'est pas systématique entre l'augmentation des coûts ou des effectifs et la dégradation des résultats comptables. Certes, parmi les établissements dont le déficit s'est aggravé entre 2006 et 2008, les effectifs ont progressé dans les deux tiers des cas et le coût moyen des personnels a augmenté dans près de neuf cas sur dix. Mais il existe aussi des cas d'amélioration du résultat avec augmentation des effectifs et abaissement du coût moyen (à Verdun, par exemple).

Au contraire, le lien est vérifié entre l'évolution des résultats, d'une part, et d'autre part, l'écart de progression des dépenses de personnel et des produits de l'activité. Il est avéré quel que soit le sens de l'évolution des résultats.

IV - La réactivité insuffisante des acteurs

La logique même de la réforme hospitalière, depuis 2003, est fondée sur l'idée de réactivité et d'adaptation, y compris dans la structure de l'offre, par opposition à l'ancienne logique de reconduction. C'est à cette fin que concourent les discours de responsabilisation des acteurs et

les moyens de pilotage qui ont été développés. Le contexte financier incite à vérifier la réalité de cette réactivité.

1 – La réactivité des établissements

L'impression donnée par les instances responsables des établissements est contrastée. Si certaines ont su élaborer rapidement des plans de redressement quand sont apparus les résultats négatifs (sans pour autant anticiper, ce qui aurait été parfois possible), d'autres ont fait preuve d'une longue inertie, comme les Hospices civils de Lyon ou le CHI de Poissy Saint-Germain, voire de résistance lorsque les ARH les ont alertées (ainsi à Caen ou Bastia), alors même que les problèmes en cause pouvaient être structurels. Dans d'autres cas, une succession de plans de retour à l'équilibre financier (PREF), de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) ou d'avenants n'a pas dissimulé une impuissance des responsables d'établissement à endiguer la dérive (ainsi à Corbeil par exemple).

Il est vrai qu'on retrouve ici la difficulté soulignée dans le RALFSS 2009 : un manque de disponibilité et d'usage des informations et des mécanismes de contrôle de gestion qui constituent le premier moyen de la réactivité. Dans bien des cas, les données et prévisions sont même, plus ou moins sciemment, erronées.

2 – La réactivité de la tutelle régionale

Les ARH avaient la responsabilité, pendant la période sous revue, de suivre la situation des hôpitaux, de leur demander de prendre des mesures de redressement -éventuellement après évaluation des CRC- et de contractualiser en ce sens, enfin d'attribuer des aides financières de façon plus ou moins encadrée par les directives de l'administration centrale. A partir de 2007-2008, celle-ci leur a fixé des objectifs annuels de réduction des déficits. D'autre part, après des hésitations, elle a également mis en place en février 2010 avec la DGFIP un dispositif de détection des EPS en difficulté.

Lorsque la situation des EPS s'est dégradée, l'enquête a montré que l'intervention des ARH avait souvent été rapide, notamment pour que soient engagées des procédures de retour à l'équilibre. Face à elles, cependant, elles n'ont pas toujours trouvé des responsables d'établissement très disposés à passer à l'acte et il leur est arrivé de devoir renoncer, au moins temporairement. Il leur est également arrivé, comme avec le CH de Saint-Hilaire du Harcouët, celui du Havre ou celui de Laval, d'avoir elles-mêmes un temps de retard par rapport à la dégradation des comptes.

Cependant, un recours même rapide aux plans de redressement n'implique pas pour autant que leur contenu, leur suivi ou leurs résultats soient de qualité. La question se pose, d'autre part, de savoir si ces actions contribuent, au-delà des colmatages, à des redressements durables.

3 – Les plans et contrats de retour à l'équilibre financier

La DGOS suivait, à la fin de 2009, 238 établissements engagés dans une procédure de retour à l'équilibre financier, dont 165 avaient signé un contrat. Les CREF examinés dans le cadre de l'enquête donnent le sentiment d'avoir été en réalité élaborés pour justifier formellement le versement d'aides souvent importantes²⁶⁴. On note en effet le cumul de quatre types de problèmes :

- le suivi des engagements contractés a été déficient. Des CREF comme ceux de Saint-Hilaire, Saint-Nazaire, Arras, Laval ou Dieppe n'avaient pas de dispositif de suivi et de bilan. Il est vrai que dans bien des cas, les clauses du contrat ne se prêtaient pas vraiment à un suivi sérieux ;
- les dispositions des PREF et CREF peuvent avoir été imprécises, voire très floues, ou irréalistes ou artificielles et au total insuffisantes. On peut citer à ce titre Montluçon, Sarreguemines, Laval, Corbeil, Bagnères-de-Bigorre. Ce n'est pas une fatalité puisque le CREF de Lons-le-Saunier présente une analyse structurelle pertinente ;
- des cas très lourds ont paradoxalement suscité des contrats plutôt inoffensifs. Celui des HCL de novembre 2004 entretenait une confusion entre apurement du passif et retour durable à l'équilibre. Celui du CHI de Poissy-Saint Germain appelle la même remarque. Le plan « Equilibre » de 2005 de l'AP-HP était caractérisé par des objectifs fort peu contraignants et cette absence d'ambition n'est sans doute pas étrangère à l'ampleur des problèmes et des tensions que l'AP doit affronter aujourd'hui. Plus généralement, les annonces récentes de mesures d'économies dans les plus grands établissements sont le signe qu'on a attendu longtemps avant de décider de solutions à la hauteur des problèmes et que de ce fait le coût en sera aggravé. Dans le cas des Hospices civils de Lyon, on sait déjà que le retour à l'équilibre n'est pas espéré avant 2013 ;

²⁶⁴ Selon l'ATIH, les AC versées à ce titre se sont élevées en 2008 à 76,5 M€ limitant ainsi à la moitié le déficit comptable des EPS concernés, ce qui signifie accessoirement que la plus grande partie des AC attribuées pour aider l'exploitation passe par d'autres canaux (cf. infra)

- les résultats sont en général hors de proportion avec les enjeux financiers. Souvent les objectifs des plans et contrats n'ont été que partiellement atteints lorsque la mesure en était possible (malgré des exceptions positives comme Montpellier). Mais même lorsqu'ils l'ont été dans une proportion honorable, comme à Montpellier, cela n'a pas été suffisant, en général, pour permettre aux établissements de poursuivre leur développement sur une base assainie. Il faut d'ailleurs signaler qu'à l'AP-HP le plan dit « Equilibre » s'est soldé en 2007 par un accroissement des effectifs en ETP.

De nombreux hôpitaux ont vu se succéder plusieurs CREF ou PREF en peu d'années, comme s'il avait fallu s'y reprendre plusieurs fois pour atteindre le bon niveau de résolution et enregistrer des débuts de résultats. Il semble toutefois que les dernières générations de contrats suivent une démarche plus rigoureuse et plus exigeante en contreparties que les premières, même si le bilan ne peut encore en être fait.

4 – Les aides exceptionnelles

Toutes les aides « exceptionnelles » versées ne passent pas par les procédures formelles de retour à l'équilibre. Elles ont des prétextes divers et n'empruntent pas nécessairement une forme contractuelle (par exemple à Lyon). Dans le classement des AC par finalité, établi ex post par l'administration centrale, la catégorie « autres aides », dont précisément la finalité échappe à tout effort de classement, est d'ailleurs l'une des plus lourdes financièrement (21% du total, contre 7 % en 2006).

Néanmoins, l'examen au cas par cas révèle un trait commun derrière cette diversité. Ces aides ont pour objet essentiel d'atténuer les tensions budgétaires et de réduire les déficits et pour effet, plus spécifiquement, de compenser la réduction des recettes induite par la mise en œuvre de la T2A ou ses corollaires. Elles œuvrent essentiellement dans le court terme. Mais la T2A et une partie des AC peuvent s'avérer dès lors antithétiques, du moins si la T2A est censée révéler des écarts pour inciter à la réforme. De ce point de vue, la croissance des AC pose question. Pour la DGOS, le phénomène est sous contrôle et n'est que provisoire. On pourrait cependant objecter qu'il ne pourra cesser que si la situation s'améliore suffisamment, ce qui suppose peut-être que la T2A, entre autres, produise tous ses effets de rationalisation. Sur le terrain, en revanche, il n'est pas démontré que tous les établissements aient réalisé que l'assistance n'aurait qu'un temps.

SYNTHESE

La possibilité de résorber le déficit hospitalier en 2012 dépend de plusieurs facteurs et notamment de la définition donnée à ce terme. Il peut s'appliquer à la situation globale des hôpitaux ou à chacun d'entre eux. Une partie de la réponse est entre les mains de la tutelle. Tout d'abord, pour qu'il s'agisse du déficit réel, il faudra que les établissements soient astreints à une pratique comptable plus fiable et notamment à un provisionnement réaliste des CET. D'autre part, des choix seront à faire sur l'évolution de l'enveloppe des AC qui se montent aujourd'hui, hors aides à l'investissement, à plus du double du déficit total. Les aides risquent, si l'on n'y prend garde, de masquer bien des situations dégradées sans enclencher les nécessaires restructurations.

Un premier axe d'amélioration concerne les recettes. L'enquête a montré que des marges de progrès existaient, certes peu considérables du côté de l'activité, plus tangibles du côté de la chaîne codage-facturation-recouvrement, sous réserve naturellement que d'éventuelles augmentations de recettes des établissements ne soient pas intégralement reprises par les modifications des tarifs nationaux.

De fait, si l'on se situe au niveau agrégé de l'ensemble des établissements, ces progrès sont anticipés et les tarifs ajustés à la baisse pour en compenser l'effet.

Le rétablissement durable d'une situation financière saine dépend ainsi de l'aptitude des hôpitaux à réduire suffisamment leurs coûts pour résorber un écart approximativement égal, aujourd'hui, à 1,5 ou 2 % de leur budget puis à maintenir leur évolution au niveau de celle des recettes, soit pour l'instant un chiffre voisin de +3 % annuels. Rien ne prouve à ce stade que le secteur soit vraiment capable d'y arriver en trois ans.

Pour atteindre une amélioration durable, il faudra accroître la productivité et adopter des mesures d'organisation et de restructuration.

La seconde question, que le thème de la résorption du déficit ne permet pas d'aborder suffisamment, puisque la question se pose du point de vue des bilans comptables, est celle de la réduction de l'endettement et du financement des investissements à venir. Un point critique a été atteint dans la structure financière de nombreux établissements, alors qu'il reste des investissements à réaliser. Ceux-ci devraient désormais être mieux conditionnés à des prévisions réalistes d'activité et aux capacités de financement des établissements, ce que devraient favoriser les pouvoirs d'appréciation donnés aux ARS par le décret du 29 avril 2010.

RECOMMANDATIONS

45. *Poursuivre la mise en œuvre des recommandations des RALFSS 2008 et 2009 et notamment :*

- *conditionner l'attribution d'aides à la contractualisation à des actions de réorganisation interne et externe ;*
- *mieux intégrer les perspectives réelles d'activité dans la sélection des projets d'investissement éligibles au plan Hôpital 2012 ;*
- *homogénéiser les critères d'appréciation des retours sur investissement pour en généraliser l'usage.*

46. *Sans attendre la mise en œuvre de la certification des comptes, améliorer la fiabilité des résultats comptables des hôpitaux, en mettant un terme aux pratiques des reports de charges et en imposant des normes réalistes en termes de provisionnement.*

47. *Rendre plus performants les systèmes d'information internes pour faciliter le codage et la facturation en temps réel.*

48. *Renforcer le suivi exercé par les agences régionales de santé sur la situation financière et l'exécution des CREF / PREF des établissements de leur ressort.*
