

REGARD FINANCIER SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

Le patrimoine hospitalier public

Une vétusté qui s'accroît
entre 2015 et 2021 mais la tendance
pourrait s'inverser avec les prémices
en 2021 d'une relance de l'investissement

Mai 2023



SOMMAIRE

1. Le patrimoine des hôpitaux publics en 2021 : une forte concentration liée en premier lieu à la diversité de tailles des établissements	5
2. Une fiabilité des comptes hospitaliers publics en amélioration depuis l'instauration de la certification des comptes en 2013.	6
3. Évolution du patrimoine hospitalier depuis 2015 : une année 2021 annonciatrice de la relance des investissements ?.....	7
Encadré 1. Le plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé	8
4. Composition du patrimoine hospitalier : les bâtiments comme principale composante en 2021 mais leur poids diminue depuis 2015	9
Encadré 2. L'empreinte carbone du patrimoine hospitalier	12
5. Une vétusté du patrimoine hospitalier qui s'est accentuée sur la période 2015 à 2021	13
Encadré 3. Les charges d'entretien et de réparation sont en augmentation, en partie du fait de la vétusté	15
6. Les équipements matériels lourds, un élément essentiel du patrimoine hospitalier public	15
6.1. Le nombre d'EML d'imagerie soumis à autorisation a augmenté entre 2015 et 2021.....	16
6.2. Les plus grands EPS comptent la grande majorité des EML d'imagerie soumis à autorisation	17
7. Focus sur le poids de la dette des hôpitaux publics en 2021.....	18
7.1. Plus de trois quarts des hôpitaux publics bénéficient en 2021 d'aides au titre de l'assainissement financier	18
7.2. En 2021, une augmentation de l'encours de dette hospitalier public à nuancer	18
7.3. Moins de 30 % des hôpitaux publics ont besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter sur la base des comptes 2021 contre un peu plus de 40 % sur 2019	20
7.4. Le besoin d'autorisation d'emprunt concerne très diversement les catégories d'EPS.....	21
Sigles - sources - avertissement - contacts	23

Le partenariat entre la Fédération Hospitalière de France (FHF) et La Banque Postale se prolonge avec un deuxième volet de notre publication « Regard financier sur les hôpitaux publics ». L'ambition reste la même : continuer à développer notre connaissance de la situation financière des hôpitaux publics en retenant une approche complémentaire aux autres études financières du secteur, réalisées notamment par le ministère de la Santé et de la Prévention. Ces études privilégient une analyse synthétique de la situation financière du secteur quand notre approche vise à proposer une étude plus détaillée d'éléments structurels de cette situation.

Après la parution en septembre 2022 d'une étude sur le poids de la dette en amont de la crise sanitaire, le patrimoine hospitalier public a été retenu comme thème principal pour ce deuxième volet, au moment même où le renouvellement des immobilisations hospitalières entre dans une nouvelle ère. Nouvelle ère car des investissements conséquents sont aujourd'hui nécessaires pour ce renouvellement au vu de la vétusté du patrimoine, investissements qui devraient être favorisés par le plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé. Mais nouvelle ère également car ces investissements devront aller dans le sens de la non moins nécessaire transition écologique, qui influence l'ensemble de notre société.

En complément de l'analyse du patrimoine hospitalier public, un focus sur l'encours de dette vient en conclusion de cette publication. Ce focus s'inscrit dans le prolongement du « Regard financier sur les hôpitaux publics » de septembre 2022, dont une des ambitions est d'apporter des axes de comparaison pertinents pour un futur bilan des mesures d'assainissement financier et de soutien à l'investissement portées par le Ségur de la santé. Une actualisation avec les données 2021 de quelques-uns des principaux résultats observés sur 2019 nous a paru particulièrement instructive dans la perspective d'un tel bilan.

Arnaud Robinet,

Président de la Fédération Hospitalière de France

Serge Bayard,

Directeur général adjoint de la Banque de Financement et d'Investissement
La Banque Postale

INTRODUCTION

Composé de bâtiments accueillant l'activité hospitalière, d'aménagements et d'installations associés à ces bâtiments, d'équipements utiles à l'activité hospitalière, qu'ils soient médicaux comme les équipements matériels lourds, ou non (meuble de bureau, ordinateurs par exemple), le patrimoine hospitalier public est prioritairement analysé sous l'angle comptable : l'actif immobilisé, soit le haut du bilan côté actif, définit le patrimoine, qui évolue principalement en fonction des investissements réalisés. Sont ainsi étudiés les comptes de classe 2 (comptes d'immobilisations) de la nomenclature comptable M21.

Le patrimoine peut faire l'objet de deux approches comptables complémentaires, en brut et en net, la différence entre les deux correspondant aux amortissements et dépréciations¹. Il existe plus de 200 comptes de classe 2 dans la M21, dont environ 160 dédiés aux immobilisations brutes et une soixantaine aux amortissements et dépréciations de ces immobilisations. Il n'existe aucun compte pour les immobilisations nettes, leur montant étant obtenu en calculant la différence entre un compte dédié aux immobilisations brutes et, s'ils existent, les comptes équivalents côté amortissement et dépréciations.

Débutant avec une première partie présentant les catégories d'hôpitaux publics, qui permettent de segmenter l'analyse des résultats, puis une deuxième partie dédiée à la fiabilité des comptes hospitaliers publics, l'approche comptable du patrimoine hospitalier public est ensuite déclinée selon différents angles. En partie 3, son évolution récente, sur la période allant de 2015 à 2021², permet notamment de caractériser le rythme d'investissement des hôpitaux publics, sujet que devrait aborder l'édition 2024 de « Regard financier sur les hôpitaux publics ». La composition de ce patrimoine est également étudiée (partie 4). La notion de vétusté est par ailleurs développée, plus spécifiquement en partie 5.

À ces premiers éléments d'analyse, des compléments, présentés sous la forme de deux encadrés, nous ont paru utiles : les charges d'entretien et de réparation associées au patrimoine ainsi que la problématique de son empreinte carbone. Autre complément, il s'agit d'une analyse des équipements matériels lourds (EML) en partie 6. Cette analyse n'est pas majoritairement financière, approche moins évidente et pertinente pour ces équipements que pour les notions présentées plus haut. Elle s'appuie essentiellement sur le nombre de ces équipements fourni par la Statistique annuelle des établissements (SAE).

Les comptes de classe 2 de la M21 comprennent, à partir de 2021, dernière année pour laquelle les données financières sont disponibles pour cette publication, une nouveauté : le compte 2763 intitulé « Créances au titre des dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS³ pour 2021 ». Ce compte a été créé afin de prendre en compte l'enveloppe de 6,5 milliards d'euros dédiée à l'assainissement financier du secteur hospitalier. Cette enveloppe est issue du dispositif de reprise de la dette annoncé fin 2019. Elle a été intégrée au sein du plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé (un encadré est dédié à ce plan). S'agissant d'une créance pour les hôpitaux (et d'une dette de l'État envers eux), inclure ce compte 2763 dans le patrimoine ne nous a pas paru pertinent. Ainsi, dans la suite de cette analyse, « patrimoine » et « actif immobilisé » sont synonymes et comprennent l'ensemble des comptes de classe 2 à l'exception du compte 2763. Ceci permet notamment de comparer avec plus de pertinence les résultats 2021 aux années précédentes.

En revanche, le compte 2763 crée un lien entre ce volet consacré au patrimoine, ciblant essentiellement des comptes de classe 2, et celui de 2022 qui analysait le poids de la dette. Il nous a alors paru instructif d'inclure à la fin de cette publication un focus sur la dette hospitalière publique, comprenant une description du mécanisme comptable associé à l'enveloppe d'assainissement financier, une analyse de l'évolution récente de l'encours de dette des hôpitaux publics ainsi qu'une actualisation de quelques-uns des principaux résultats de notre précédente publication (partie 7).

¹ Dans les faits, la différence entre le patrimoine hospitalier public brut et net correspond pour ainsi dire uniquement aux amortissements, les dépréciations d'immobilisations étant d'un montant marginal.

² Cette évolution est présentée à champ constant : les regroupements d'hôpitaux publics ainsi que les transformations d'établissements sanitaires en structures médico-sociales ont fait l'objet d'un retraitement sur l'intégralité de la période 2015 à 2021.

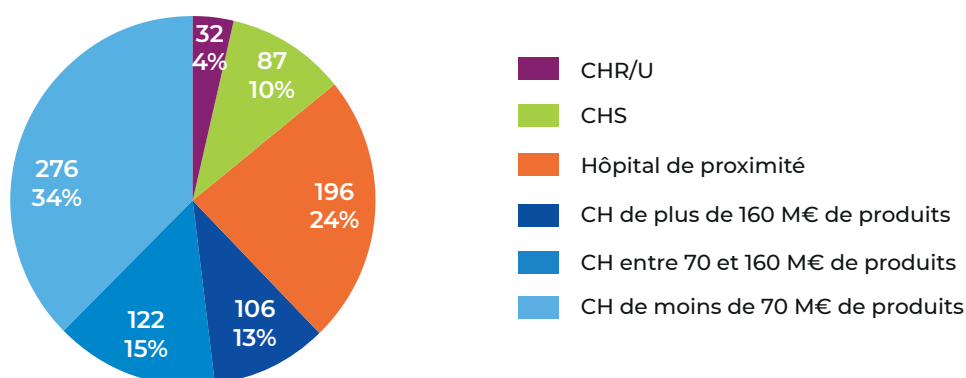
³ Loi de financement de la sécurité sociale.

1. Le patrimoine des hôpitaux publics en 2021 : une forte concentration liée en premier lieu à la diversité de tailles des établissements

En 2021, ce sont 819 hôpitaux publics qui sont analysés⁴. Ces établissements publics de santé (EPS) sont segmentés en six catégories qui s'inspirent largement des logiques retenues par la majorité des études proposant une analyse financière de ces structures. Ces six catégories croisent schématiquement la taille et les missions des EPS :

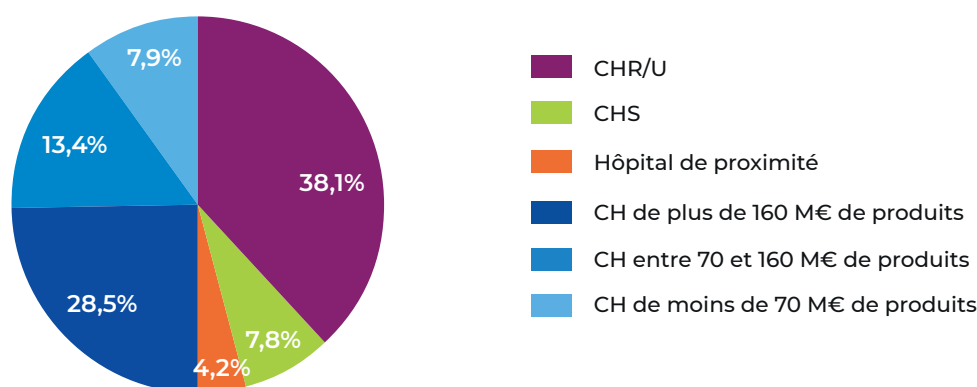
- les centres hospitaliers régionaux ou universitaires (CHR/U),
- les centres hospitaliers spécialisés (CHS), dont la spécialisation est psychiatrique sauf exception,
- les hôpitaux de proximité selon les règles en vigueur en 2021⁵,
- les autres hôpitaux, nommés centres hospitaliers (CH) par convention, classés en 3 catégories au regard de leurs produits totaux 2021 : inférieurs à 70 millions d'euros, supérieurs à 160 millions d'euros ou inclus dans cet intervalle.

Répartition par catégorie des EPS analysés en 2021



En nombre d'EPS, la catégorie comprenant le moins d'hôpitaux en 2021 est celle des 32 CHR/U (4 % des EPS). Les CH dont le total des produits est le plus faible (inférieur à 70 millions d'euros) sont les plus nombreux (276 établissements ; 34 %) suivis des hôpitaux de proximité (196 ; 24 %).

Répartition par catégorie d'EPS du total des produits 2021



Comme mentionné ci-dessus, la taille des hôpitaux, qui peut notamment être mesurée en fonction du total de leurs produits, est un critère important de la catégorisation des EPS, plus spécifiquement pour les trois catégories de CH. Elle influence également les autres catégories, si on excepte celle des CHS⁶, puisque tous les hôpitaux de proximité enregistrent en 2021 un total de produits inférieur à 70 millions d'euros (hormis un qui a perçu environ 95 millions d'euros). À l'inverse, le total des produits de

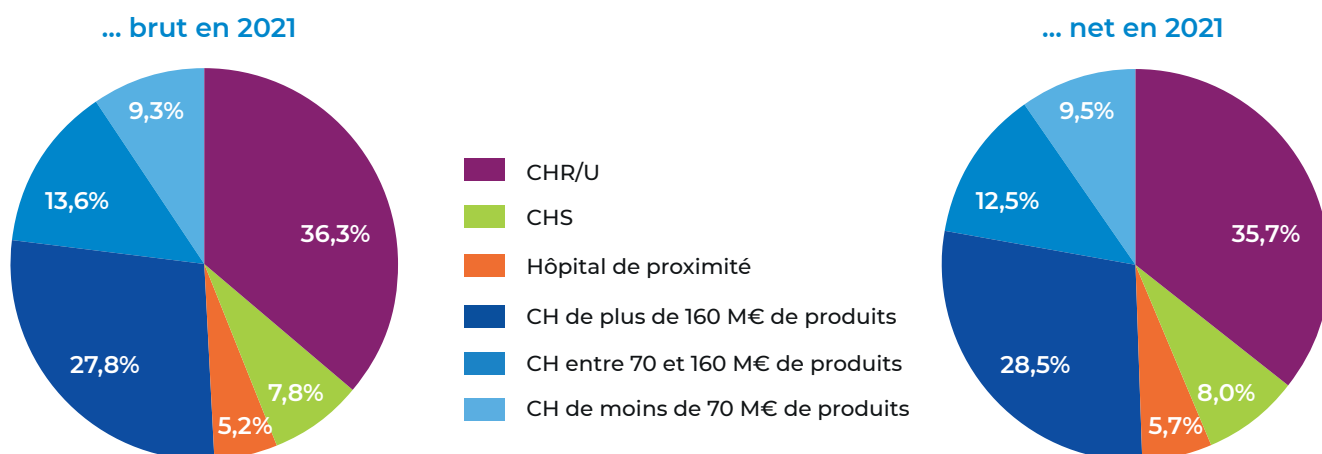
⁴ Contrairement à l'activité qui peut être analysée au niveau des établissements géographiques, l'analyse financière se fait au niveau des structures juridiques, dont certaines regroupent plusieurs établissements géographiques.

⁵ Ces critères définis réglementairement ont évolué depuis 2021, ce qui fait que cette même segmentation aboutira prochainement à un nombre plus important d'hôpitaux de proximité.

⁶ En termes de produits totaux 2021, les CHS se répartissent dans les trois intervalles utilisés pour les CH. Ils enregistrent tout de même majoritairement des produits inférieurs à 70 millions d'euros (un peu moins de la moitié des CHS) alors qu'ils ne sont que 8 % dont les produits totaux sont supérieurs à 160 millions d'euros.

tous les CHR/U est supérieur à 160 millions d'euros⁷, ce qui explique que le poids des CHR/U en termes de produits (38,1 %) est multiplié par dix par rapport à ce qu'il est en termes de nombre de structures juridiques. L'influence du plus important des CHR/U, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), est conséquente dans ce poids puisqu'il concentre à lui seul près d'un quart du total des produits des CHR/U.

Répartition par catégorie d'EPS du patrimoine hospitalier...



Concernant le patrimoine hospitalier, aussi bien pour l'approche en brut qu'en net, sa répartition entre catégories est globalement comparable à celle observée sur les produits, du fait de l'effet taille mentionné. Illustrant cette forte concentration, ce sont seulement 27 EPS (un peu plus de 3 % d'entre eux) qui détiennent un tiers du patrimoine des EPS à fin 2021⁸. Ce sont presque uniquement des CHR/U, complétés de 3 CH de plus de 160 millions d'euros de produits.

Si la répartition du patrimoine entre catégories est globalement comparable à celle observée pour les produits, quelques différences peuvent tout de même être mises en avant, notamment la sous-représentation des CHR/U, soit les plus grands hôpitaux publics, compensée par une sur-représentation des plus petits hôpitaux (les CH de moins de 70 millions d'euros de produits ainsi que les hôpitaux de proximité). Bien qu'également observé pour le patrimoine hospitalier public, l'effet taille est donc un peu moins marqué qu'en termes de produits.

Les différences mises en avant sont observées selon les deux approches, brute et nette, mais les écarts avec la répartition en termes de produits sont plus importants en net, illustrant que les amortissements réalisés influencent ces écarts, ce qu'il faut sans doute en grande partie rapprocher de la répartition du patrimoine par grande composante, différenciée selon les catégories (voir partie 4).

2. Une fiabilité des comptes hospitaliers publics en amélioration depuis l'instauration de la certification des comptes en 2013

La fiabilité des comptes hospitaliers est une question importante dès lors qu'on propose des éléments d'analyse sur les finances hospitalières. Elle l'est d'autant plus pour le patrimoine : typiquement, des différences entre les établissements sur les durées et/ou les modalités d'amortissement peuvent biaiser l'analyse d'indicateurs tels que l'actif net et le taux de vétusté (amortissements et dépréciations rapportés à l'actif immobilisé brut). Pour évoquer cette fiabilité et ainsi contextualiser les résultats présentés dans les parties 3 à 5 de cette publication, nous nous sommes appuyés sur un article⁹ paru dans le numéro 177 de Finances Hospitalières (mars 2023) et rédigé par Jean-Claude Delnatte. Cet article fournit les principaux enseignements de l'analyse de 46 rapports d'observations définitives (ROD) publiés en 2022 par les chambres régionales des comptes (CRC) sur la gestion d'hôpitaux publics.

⁷ Le total des produits 2021 de tous les CHR/U est même supérieur à 380 millions d'euros.

⁸ Cette caractéristique n'est évidemment pas spécifique à 2021 et on observe une concentration du même ordre de grandeur en analysant par exemple les données du patrimoine hospitalier public en 2015.

⁹ « La fiabilité des comptes des hôpitaux s'est améliorée mais demeure encore perfectible, en particulier pour les établissements non soumis à certification »

La certification des comptes hospitaliers publics, mise en place à partir de 2013, concerne tous les EPS dont le total des produits du budget principal (BP) est supérieur à 100 millions d'euros sur les trois derniers exercices. Sur la base des comptes 2018, 2019 et 2020, cela équivaut à un peu moins de 200 EPS, soit environ 23 % d'entre eux. Tous les CHR/U, les CH de plus de 160 millions d'euros de produits en font partie, environ 1/3 des CH de taille intermédiaire (entre 70 et 160 millions d'euros de produits) et 15 % des CHS. Aucun petit CH ni hôpital de proximité ne fait partie de ce groupe, ce qui ne signifie pas qu'aucun n'a ses comptes certifiés puisque des EPS de moins de 100 millions d'euros de produits se sont inscrits dans la démarche de certification des comptes sur la base du volontariat. Les EPS réglementairement soumis à la certification des comptes sont par construction des hôpitaux de grande taille. Ainsi, s'ils représentent moins d'un quart des hôpitaux publics, leur part est supérieure à 70 % à la fois en termes de produits totaux, de patrimoine brut et net ou encore d'encours de dette.

Dans l'article précité, il est indiqué que « la Cour des comptes relevait en 2015 que la perspective de la certification des comptes des hôpitaux avait permis d'engager une dynamique positive de fiabilisation des comptes hospitaliers et elle avait formulé en 2018, à partir de l'analyse des rapports des commissaires aux comptes, le constat d'ensemble d'une amélioration de la fiabilité globale des comptes des administrations publiques, dont les hôpitaux. Il ressort de la lecture des ROD des CRC portant sur la période la plus récente une confirmation de cette évolution. »

Par ailleurs, « les observations et recommandations les plus fréquemment formulées dans les rapports des CRC permettent de mettre en exergue les principaux axes d'amélioration », dont ceux qui suivent concernent les immobilisations.

« L'absence d'inventaire physique, le défaut de mise à jour de l'inventaire comptable, notamment des sorties, et sa non-concordance avec l'état de l'actif, lorsqu'un rapprochement est opéré, ce qui n'est pas toujours le cas, sont au nombre des observations les plus fréquentes.

« La fixation des durées d'amortissement en cohérence avec les durées d'utilisation des biens, suivant celles conseillées par l'instruction M21, n'est pas toujours respectée (jusqu'à 130 ans pour un établissement !) et ne donne pas toujours lieu à une décision formelle de l'ordonnateur.

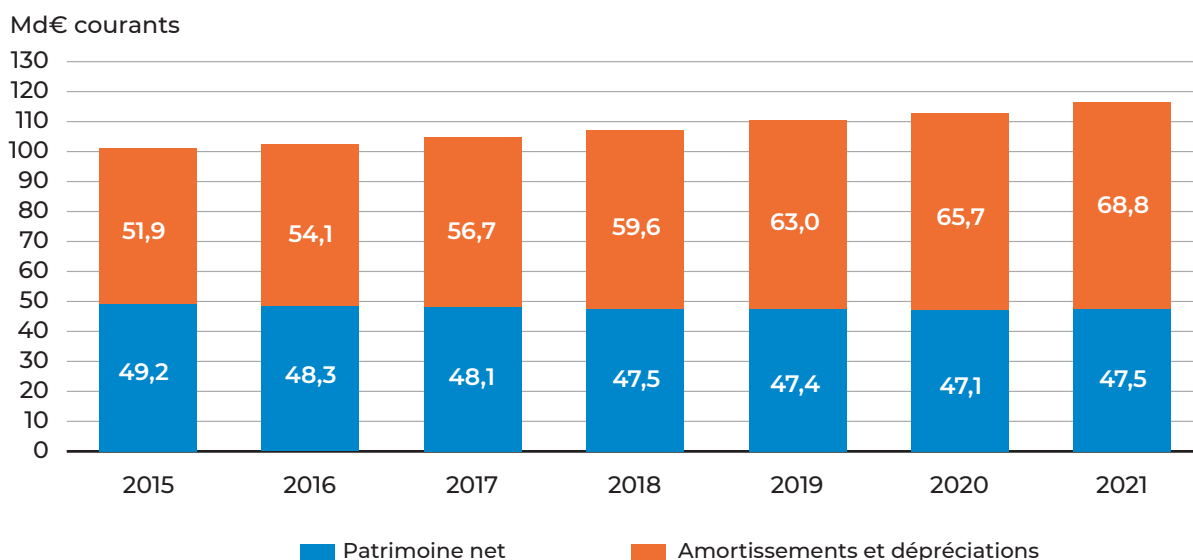
« Des défauts de passation d'écriture peuvent parfois conduire à ce que figurent au bilan des immobilisations présentant une valeur nette négative ou que subsistent des immobilisations en cours alors qu'elles sont en service depuis plusieurs années. »

La démarche de certification des comptes a clairement favorisé une plus grande fiabilité des comptes des hôpitaux publics certifiés : les analyses par catégorie ont donc de grandes chances d'être d'autant plus fiables qu'elles concernent de grands établissements. Il est également probable qu'un nombre significatif d'hôpitaux publics non certifiés aient vu au cours de ces dix dernières années la fiabilité de leurs comptes s'améliorer, grâce à la dynamique enclenchée par la démarche de certification. Typiquement, un guide de fiabilisation des comptes a été annexé en 2011 à la circulaire préparant à la certification des comptes, guide faisant « partie du référentiel comptable au même titre que l'instruction M21 » ou encore « le fait de partager une direction commune avec un établissement certifiable permet [aux hôpitaux publics non certifiés] de bénéficier de l'expertise de celui-ci lorsque les services administratifs et financiers sont mutualisés. »

3. Évolution du patrimoine hospitalier depuis 2015 : une année 2021 annonciatrice de la relance des investissements ?

En 2021, l'actif immobilisé brut des hôpitaux publics s'établit à 116,4 milliards d'euros contre un peu plus de 100 milliards d'euros en 2015. Les amortissements et dépréciations s'établissant à 68,8 milliards d'euros en 2021, l'actif immobilisé net ressort à 47,5 milliards d'euros, soit un montant inférieur à celui observé en 2015 (49,2 milliards d'euros).

Évolution du patrimoine hospitalier public



L'analyse du patrimoine hospitalier public met en avant une année 2021 qui pourrait être annonciatrice d'une relance de l'investissement hospitalier, rompant la tendance observée depuis 2015, que l'on peut schématiser ainsi : une hausse continue de l'actif immobilisé brut mais principalement due à celle des amortissements, la vétusté du patrimoine s'accroissant et l'actif immobilisé net diminuant d'année en année, signe d'une problématique de renouvellement de l'outil de travail hospitalier public.

Pour résoudre cette problématique, la rupture de tendance que semble dessiner 2021 devra être confirmée par une relance de l'investissement nécessairement pluriannuelle. Cette relance est évidemment favorisée par le plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé (cf. encadré 1). Des freins à cette relance sont également observés, dont :

- l'inflation élevée depuis l'été 2021 qui engendre une hausse des coûts de construction susceptible de pénaliser la réalisation de certains projets,
- et le renchérissement du coût des emprunts (historiquement faible depuis plusieurs années), source quasi-systématique de financement pour les investissements hospitaliers structurants.

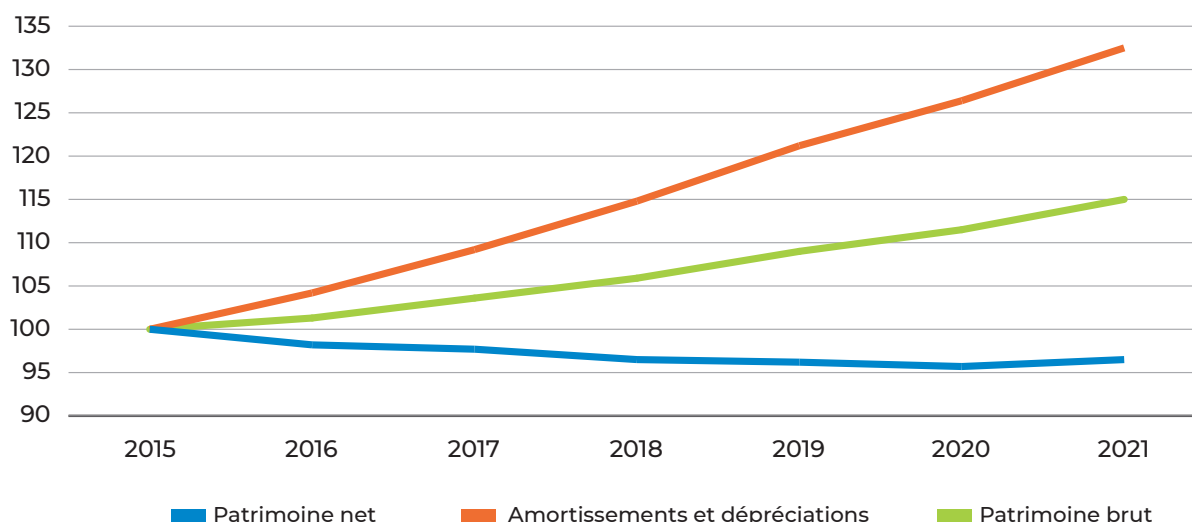
Encadré 1

Le plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé

Ce plan de relance de 19 milliards d'euros se décompose en plusieurs enveloppes :

- 6,5 milliards d'euros dédiés à l'assainissement financier du service public hospitalier (SPH). Le SPH comprend l'intégralité des hôpitaux publics et l'immense majorité des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cette enveloppe est issue du dispositif de reprise de la dette annoncé fin 2019. Les aides sont versées annuellement entre 2021 et 2030, avec un premier montant doublé pour 2021.
- 6,5 milliards d'euros dédiés aux projets d'investissement du SPH. Cette enveloppe est également issue du dispositif de reprise de la dette annoncé fin 2019. Les aides sont versées en fonction du rythme de l'opération d'investissement subventionnée avec des versements qui ne doivent pas aller au-delà du 31 décembre 2030.
- 6 milliards d'euros de crédits France Relance issus du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et refinancés par l'Union européenne. Cette enveloppe concerne les investissements, d'une part, de l'ensemble du secteur hospitalier (y compris les établissements à but lucratif), dont une partie dédiée au numérique, d'autre part, des établissements médico-sociaux.

Évolution du patrimoine et des amortissements (base 100 en 2015)



Si relance il y a, elle doit donc être confirmée au cours des années qui arrivent puisqu'une hausse de l'actif immobilisé net est certes observée entre 2020 et 2021 mais elle est faible (+ 0,8 %). Par ailleurs, le taux de vétusté du patrimoine hospitalier (amortissements et dépréciations rapportés à l'actif immobilisé brut) a continué de se dégrader, s'établissant à 59,2 %, soit 8 points de plus qu'en 2015 (voir partie 5 pour plus d'éléments d'analyse sur les taux de vétusté). Les amortissements ont en effet augmenté en 2021 plus fortement que l'actif immobilisé brut (respectivement + 4,9 % et + 3,2 %). Entre 2015 et 2021, la hausse de l'actif immobilisé brut s'établit à 15 % quand celle des amortissements atteint 32,5 %. Sur la même période, l'actif immobilisé net a diminué de 3,5 %.

► Par catégorie

En termes d'évolutions du patrimoine entre 2015 et 2021, les données les plus favorables sont observées pour les trois catégories comprenant les hôpitaux les plus petits, soit les CH de moins de 70 millions d'euros de produits, les hôpitaux de proximité et les CHS. Ce sont à la fois les catégories dont l'actif brut a le plus augmenté sur la période (entre 18 % et 20 % entre 2015 et 2021 contre 15 % en moyenne) et les seuls dont l'actif net en 2021 est d'un montant supérieur (quoique très légèrement) à 2015. L'évolution pour les CHR/U apparaît légèrement plus positive qu'en moyenne du fait notamment d'un actif net ayant augmenté en 2020 et en 2021. Les deux autres catégories enregistrent en revanche des évolutions plus défavorables, en particulier les CH entre 70 et 160 millions d'euros de produits pour lesquels sont observées la plus forte baisse du patrimoine net (- 11,0 % entre 2015 et 2021) et la moins importante hausse du patrimoine brut (+ 11,6 %). Parmi les éléments pouvant expliquer ces écarts, se trouve la certification des comptes comme indiqué en partie 2. Pour améliorer la fiabilité de leurs comptes, les hôpitaux certifiés, soit les plus grands, ont pu être amenés à amortir leurs immobilisations à un rythme plus soutenu qu'avant la certification, ainsi qu'à effectuer plus régulièrement des sorties d'actif de leurs immobilisations, ce qui participerait à une progression moindre de leur patrimoine par rapport aux autres hôpitaux.

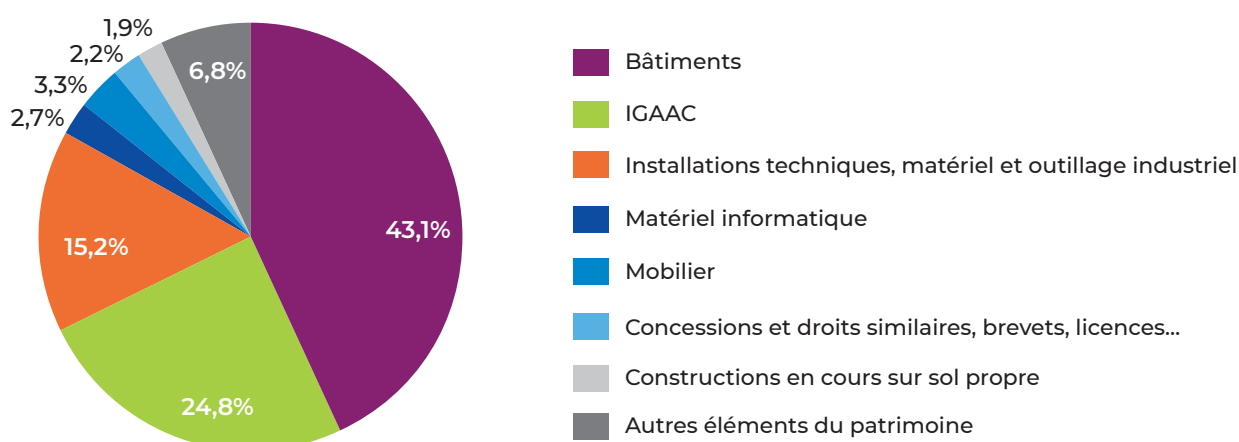
4. Composition du patrimoine hospitalier : les bâtiments comme principale composante en 2021 mais leur poids diminue depuis 2015

Les comptes d'immobilisations (classe 2) permettant d'analyser la quasi-totalité de l'actif immobilisé sont au nombre de 13 (soit 6 % des quelque 220 de la nomenclature), 7 pour l'actif brut et 6 pour les amortissements et dépréciations.

En termes d'immobilisations brutes, ce sont les bâtiments construits sur un terrain appartenant à l'hôpital¹⁰ (ensemble qui sera désigné par le terme « bâtiments » dans la suite de cette publication, par souci de simplicité) qui représentent la part la plus importante du patrimoine puisqu'ils concentrent 43,1 % de celui-ci en 2021. Les installations générales, agencements, aménagements des constructions (IGAAC) sur un terrain appartenant à l'hôpital¹¹ (ensemble désigné IGAAC dans la suite de cette publication) suivent, représentant près d'un quart du patrimoine brut. Les installations techniques, matériel et outillage industriel¹², qui comprennent les équipements matériels lourds tels les scanners et les imageries à résonance magnétique (IRM) (voir partie 6 pour une analyse en nombre de ces équipements) forment la troisième catégorie représentant une part significative du total (environ 15 %). À eux seuls, ces actifs concentrent 83 % du patrimoine brut des hôpitaux publics en 2021. Suivent 4 ensembles dont le poids est de l'ordre de 2 % à 3 %. D'abord le mobilier¹³ et le matériel informatique¹⁴ qui font partie, comme les composantes précédemment évoquées, des immobilisations corporelles (compte débutant par 21), ce qui n'est pas le cas des deux derniers éléments mis en avant :

- les constructions en cours sur un terrain appartenant à l'hôpital¹⁵ (immobilisations en cours),
- les concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires¹⁶ (immobilisations incorporelles).

Composition du patrimoine brut en 2021



En ce qui concerne les amortissements, ce sont les comptes correspondant aux actifs amortis qui concentrent naturellement les montants les plus importants. Les pourcentages sont en revanche assez différents de ceux observés pour l'actif brut, en lien direct avec la durée de vie moyenne des différents types d'immobilisations (voir partie 5 sur les taux de vétusté). Le poste des bâtiments¹⁷ demeure le principal en termes d'amortissements mais avec un pourcentage moindre (37,2 %) que pour l'actif brut (43,1 %), ce qui paraît logique dans le sens où il s'agit des immobilisations dont la durée de vie moyenne est de loin la plus longue. Les autres types d'immobilisations analysés plus haut et faisant l'objet d'amortissements¹⁸ ont un poids plus important dans les amortissements que dans l'actif immobilisé brut, avec un écart plus particulièrement marqué pour les installations techniques, matériel et outillage industriel¹⁹ dont le poids dans les amortissements s'établit à 20,4 % en 2021, soit 5 points de plus que le poids de ce compte dans l'actif immobilisé brut.

¹⁰ Compte 2131 de la M21. Il comprend la structure des bâtiments : fondations, murs, planchers, toitures.

¹¹ Compte 2135 de la M21. Il comprend les autres aménagements et installations hors structure du bâtiment, par exemple l'installation ou la réfection du chauffage, de l'électricité, des lignes téléphoniques.

¹² Compte 215 de la M21.

¹³ Compte 2184 de la M21.

¹⁴ Compte 21832 de la M21.

¹⁵ Compte 23823 de la M21.

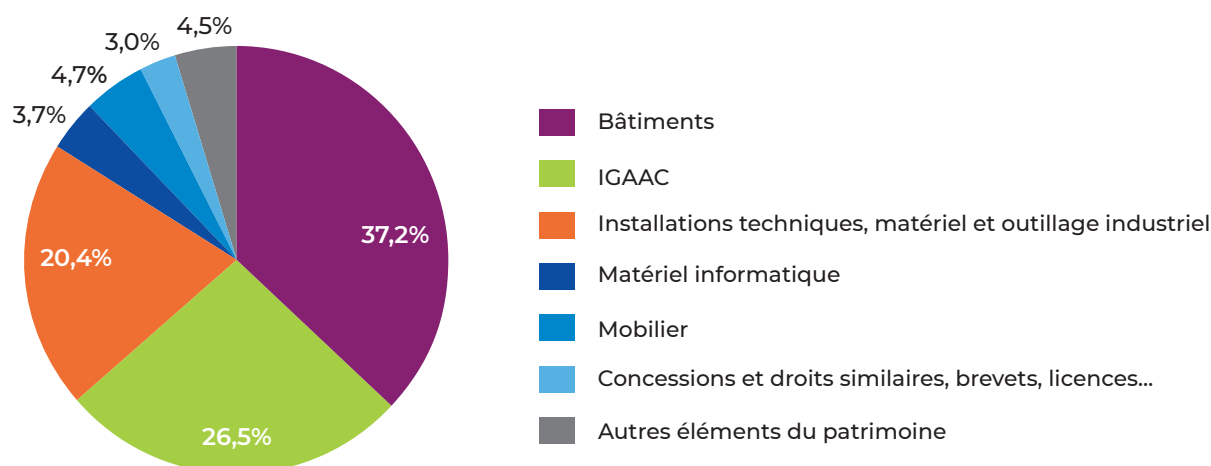
¹⁶ Compte 205 de la M21. Les logiciels informatiques détenus par l'hôpital en font partie.

¹⁷ Compte 28131 de la M21.

¹⁸ Les immobilisations corporelles en cours de l'année N ne font pas l'objet d'amortissements pour l'année N. Elles seront amorties au cours des années qui suivent N lorsqu'elles seront comptabilisées en immobilisations corporelles.

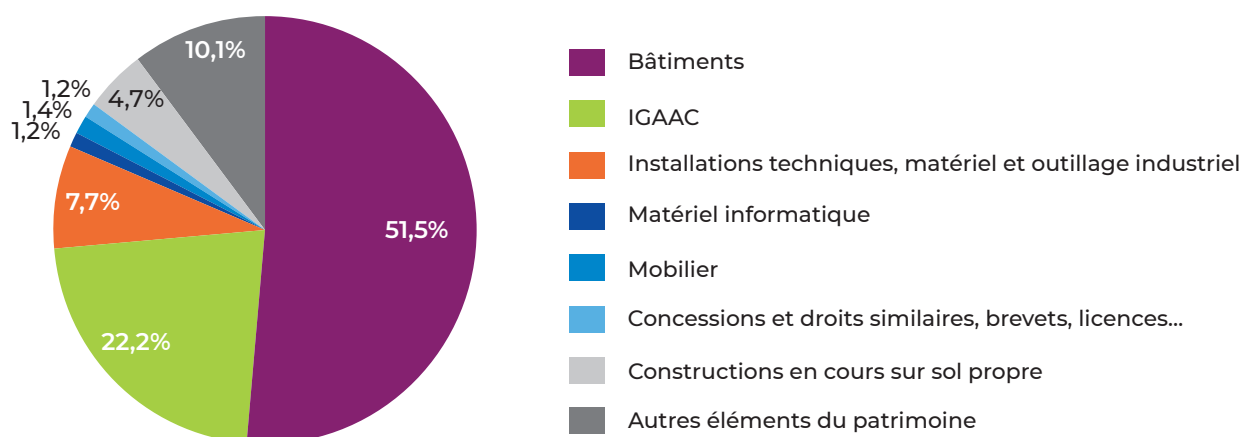
¹⁹ Compte 2815 de la M21.

Composition des amortissements et dépréciations en 2021



L'analyse de l'actif immobilisé net traduit la prépondérance des bâtiments puisque ceux-ci en représentent plus de la moitié, avec 51,5 % et même 57,2 % si on leur agrège les constructions en cours sur un terrain appartenant à l'hôpital, dont la majeure partie sera comptabilisée dans le compte relatif à ces bâtiments au cours d'une année à venir. Ensuite, on trouve à nouveau les IGAAC (22,2 %) et les installations techniques, matériel et outillage industriel (7,7 %). Le poids des 3 derniers types d'immobilisations analysés ci-dessus²⁰ se limite entre 1 % et 1,5 % du patrimoine net.

Composition du patrimoine net en 2021



Les principales évolutions observées entre 2015 et 2021 sur les composantes de l'actif immobilisé sont globalement cohérentes sur les deux approches, brute et nette, et sont de nature tendancielle. Ces évolutions combinent :

- d'une part, un repli du poids de leur principale composante, les bâtiments, qui est passée de 45,6 % du patrimoine brut en 2015 à 43,1 % en 2021, part qui a diminué chaque année. Cette baisse est accompagnée de celle des constructions en cours sur sol propre (de 2,7 % en 2015 à 1,9 % en 2021),
- d'autre part, une hausse du poids de leur deuxième composante, les IGAAC, qui est passée de 21,6 % du patrimoine brut en 2015 à 24,8 % en 2021, part qui a augmenté chaque année.

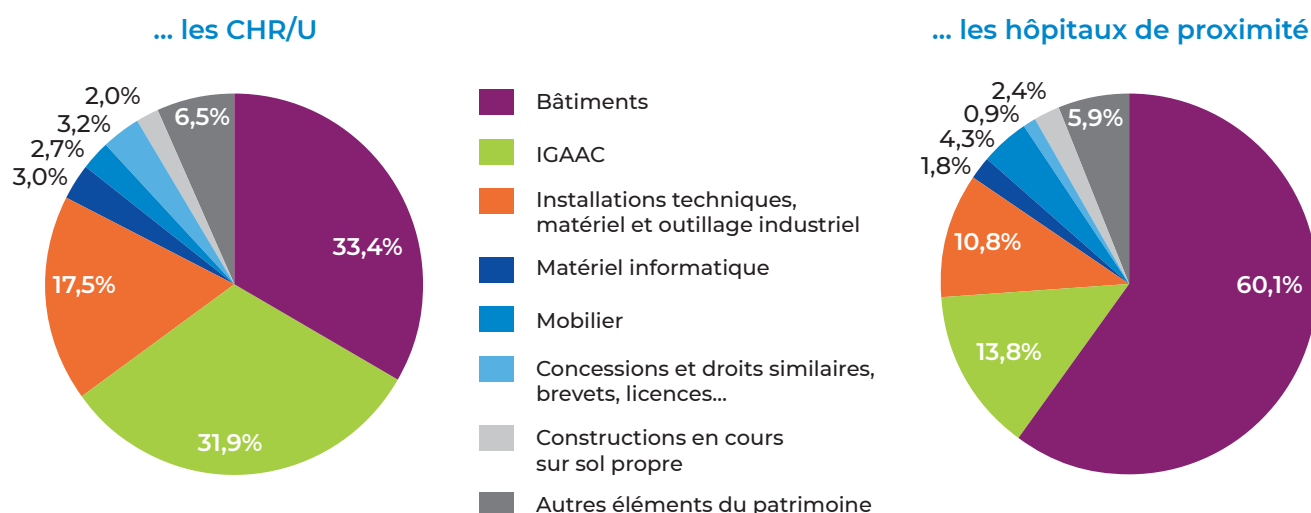
La combinaison de ces évolutions nous semble traduire des investissements moins orientés en 2021 qu'en 2015 vers la création de nouveaux bâtiments (de type reconstructions par exemple) et favorisant plutôt la réhabilitation des bâtiments existants. Cette tendance pourrait se prolonger dans les années qui viennent, en lien notamment avec une proposition d'un récent rapport de The Shift Project, qui a trait à la transition écologique (cf. encadré 2 sur l'empreinte carbone du patrimoine hospitalier).

²⁰ Le mobilier ; le matériel informatique ; les concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires.

► Par catégorie

Même si les trois principaux comptes observés sur l'ensemble du secteur hospitalier public le sont aussi pour chacune des six catégories étudiées, le poids de chacun apparaît très différencié en leur sein. Demeurant la principale composante pour toutes les catégories, les bâtiments occupent dans le patrimoine brut 2021 une part comprise entre 33,4 % pour les CHR/U et 60,1 % pour les hôpitaux de proximité, soit un rapport de 1 à 1,8. Ce rapport est supérieur pour les IGAAC et on retrouve les deux mêmes catégories mais en ordre inverse : le poids des IGAAC s'étale de 13,8 % pour les hôpitaux de proximité à 31,9 % pour les CHR/U, qui sont également la catégorie où les installations techniques, matériel et outillage industriel ont la place la plus importante en 2021, à hauteur de 17,5 % de leur patrimoine brut, contre un minimum à 6,6 % pour les CHS. La répartition très contrastée par composantes peut être reliée aux activités différentes des établissements selon leur catégorie. Schématiquement, plus un hôpital exerce une activité technique, pointue, moins le poids des bâtiments est important. En effet, à ces bâtiments sont associés des agencements plus complexes ainsi que des équipements spécifiques à la réalisation de l'activité hospitalière, expliquant pour partie la répartition observée pour les CHR/U qui proposent à la fois la gamme d'activités la plus large et les activités les plus techniques et pointues.

Composition du patrimoine brut en 2021 pour...



Encadré 2

L'empreinte carbone du patrimoine hospitalier

The Shift Project a actualisé en avril 2023 son rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement »²¹. Il souligne notamment que la transition écologique va influencer le renouvellement du patrimoine hospitalier.

Son champ d'étude inclut les entités suivantes : les établissements de santé ; les établissements et services pour personnes âgées ; les établissements et services pour personnes handicapées ; la médecine de ville ; les institutions publiques de santé et les complémentaires santé.

L'empreinte carbone du secteur de la santé équivaut à environ 8 % des émissions nationales. Les postes d'achat de médicaments et de dispositifs médicaux concentrent la moitié de l'empreinte carbone du secteur ; les immobilisations 8 %.

Parmi les postes pour lesquels la contribution de chaque entité est estimée (ce n'est pas le cas des achats de médicaments et de dispositifs médicaux, faute d'avoir pu définir une clé de répartition entre entités), les immobilisations sont celui où l'empreinte hospitalière est la plus forte. Ainsi, parmi les mesures du rapport, celle proposant de « massifier la rénovation thermique globale et performante des

²¹ <https://theshiftproject.org/article/decarboner-sante-rapport-2023/>

bâtiments hospitaliers » s'appuie notamment sur les constats que la majeure partie des émissions d'un bâtiment déjà construit relève de l'usage de ses équipements (chauffage, refroidissement, eau chaude sanitaire, etc.) » et que « la rénovation est moins demandeuse en matériaux carbonés (ciment, acier, certains isolants, etc.) que la construction neuve. »

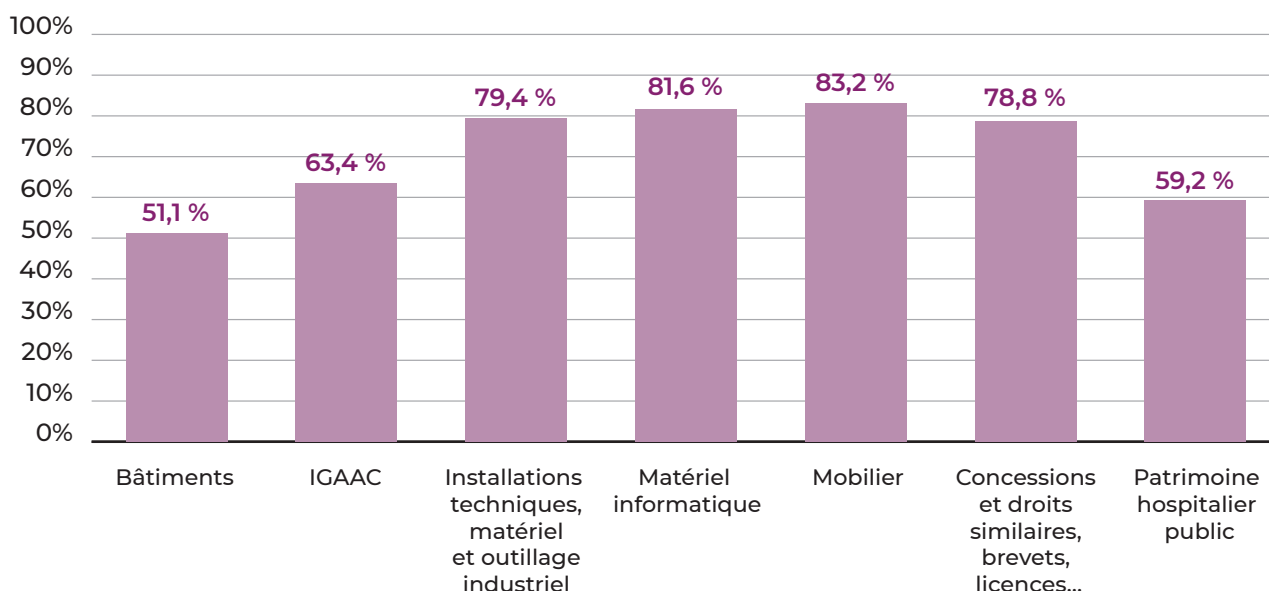
Dans son analyse, The Shift Project a étudié les bilans carbone mis à disposition sur le site de l'ADEME, l'Agence de la transition écologique. Dans le secteur de la santé, ce sont très majoritairement des établissements de santé qui ont réalisé un bilan carbone et, au sein de ces établissements, ce sont essentiellement des hôpitaux publics. Ceci n'apparaît pas illogique car, d'une part, la loi précise que ce sont les établissements publics de plus de 250 agents ainsi que les établissements privés de plus de 500 employés qui doivent établir un bilan carbone de leurs activités, d'autre part, les établissements de santé de taille importante se trouvent essentiellement dans le secteur public. Initialement, The Shift Project pensait s'appuyer « sur l'existant pour en extrapoler les résultats et couvrir l'intégralité de [leur] périmètre d'étude ». Constatant que les bilans carbone concernent très peu d'acteurs de la santé en dehors des hôpitaux et que bon nombre de ceux qui ont été réalisés sont incomplets, The Shift Project a finalement défini sa propre méthodologie, dont quelques-uns des principaux résultats sont présentés dans cet encadré, en ciblant le poste « Immobilisations » en tant que thème central de cette publication.

5. Une vétusté du patrimoine hospitalier qui s'est accentuée sur la période 2015 à 2021

Sur les diverses composantes de l'actif telles que définies en partie précédente, sont observés des taux de vétusté (amortissements et dépréciations rapportés à l'actif immobilisé brut) très différents en 2021, ce qui paraît logique puisque ce taux traduit le rythme d'amortissements des immobilisations, qui a vocation à être lié à la durée de vie des immobilisations. Plus la durée de vie d'une immobilisation est faible, plus le taux de vétusté associé aura une probabilité d'être élevé. Il convient tout de même de souligner, comme ceci est déjà mentionné en partie 2, que la comparaison des taux de vétusté entre établissements doit être menée avec précaution, car une partie des écarts s'explique sans doute par le fait qu'un établissement est ou non soumis à la certification de ses comptes, sans oublier des modalités d'amortissement et de durée variables selon les établissements pour des immobilisations *a priori* comparables.

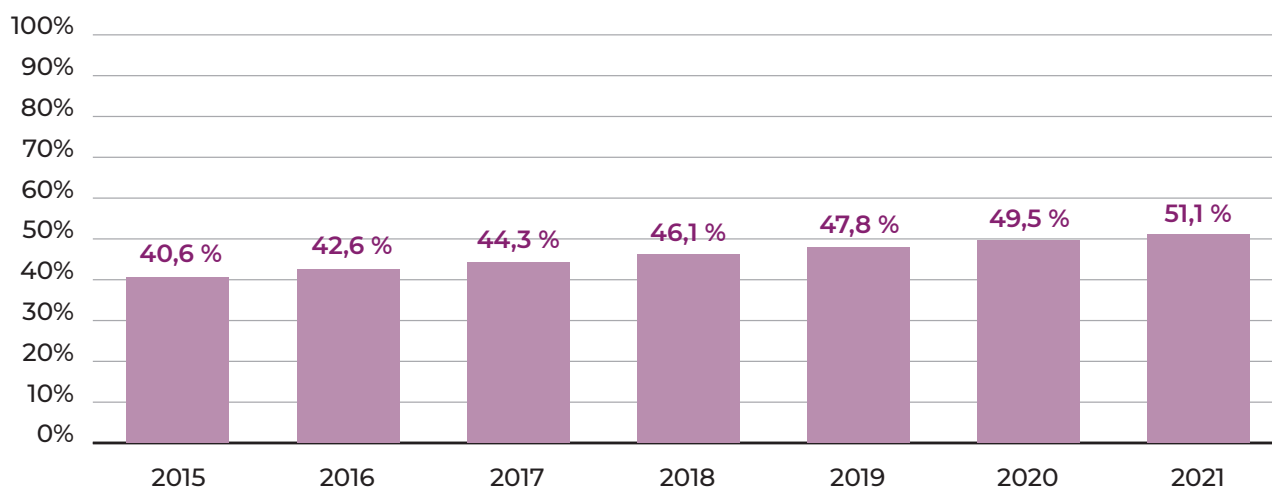
Une seule des composantes du patrimoine hospitalier public analysées en partie 4 enregistre en 2021 un taux de vétusté inférieur au taux de vétusté global (59,2 %). Il s'agit des bâtiments dont le taux de vétusté est en 2021 légèrement supérieur à 50 %, ce qui signifie que ces immobilisations sont en moyenne à la moitié de leur durée de vie. Les IGAAC, associés à ces bâtiments, enregistrent un taux de vétusté de 63,4 %. Le taux de vétusté 2021 est beaucoup plus homogène pour les 4 autres types d'immobilisations puisque tournant autour de 80 %.

Taux de vétusté en 2021



Entre 2015 et 2021, le taux de vétusté de l'ensemble des composantes de l'actif immobilisé analysées s'est détérioré. Hors exception, ce taux a même augmenté chaque année sur la période, le niveau minimum étant observé en 2015 et maximum en 2021. **Le taux de vétusté a connu une hausse particulièrement marquée pour les bâtiments**, supérieure à 10 points puisqu'il est passé de 40,6 % en 2015 à 51,1 % en 2021, **illustrant la faiblesse des investissements hospitaliers dans ce domaine sur la période**. On observe également le maximum en 2021 pour : les IGAAC ; le mobilier ; les concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires ; l'actif total. Les deux exceptions concernent, d'une part, les installations techniques, matériel et outillage industriel, d'autre part, le matériel informatique. Mais ces exceptions doivent être relativisées : le niveau minimum de taux de vétusté est également observé en 2015 et a augmenté jusqu'en 2019, il diminue depuis lors.

Évolution du taux de vétusté des bâtiments



► Par catégorie

Le taux de vétusté global en 2021 est compris entre 55,5 % pour les hôpitaux de proximité et 62,4 % pour les CH dont les produits sont compris entre 70 et 160 millions d'euros. Il est, pour toutes les catégories, plus élevé en 2021 qu'en 2015.

La répartition par composante du patrimoine des hôpitaux de proximité semble en partie expliquer que cette catégorie enregistre le plus faible taux de vétusté global : les bâtiments y occupent la part la plus importante de toutes les catégories (un peu plus de 70 % exprimés en termes de patrimoine net) et il s'agit du type d'immobilisation enregistrant en moyenne le plus faible taux de vétusté du fait d'une durée de vie moyenne plus longue. La combinaison de ces deux éléments tire mécaniquement le taux de vétusté global des hôpitaux de proximité vers le bas par rapport aux autres catégories, d'autant que les hôpitaux de proximité enregistrent en 2021 le taux de vétusté le plus faible en ce qui concerne les bâtiments (47,7 %).

En revanche, pour les CH dont les produits sont compris entre 70 et 160 millions d'euros, ce ne sont pas nécessairement les composantes de son patrimoine qui expliquent que cette catégorie enregistre le taux de vétusté global le plus élevé. Elle n'est pas celle où la part des bâtiments est la plus faible. Et elle enregistre en 2021 les taux de vétusté les plus élevés sur les trois principales composantes du patrimoine. On peut penser que la situation financière délicate de beaucoup des hôpitaux de cette catégorie ces dernières années a induit de moindres investissements que pour les autres catégories, entraînant mécaniquement une augmentation de leur taux de vétusté. Comparé à 2015, il s'agit de la catégorie d'hôpitaux dont le taux de vétusté global s'est le plus détérioré (presque + 10 points).

À l'inverse, les CHR/U sont la catégorie où il a le moins augmenté (environ + 6 points) sachant qu'ils correspondent à la catégorie pour laquelle le taux de vétusté est le moins élevé, aussi bien en 2021 qu'en 2015, pour les types d'immobilisations suivantes :

- les installations techniques, matériel et outillage industriel ;
- le matériel informatique ;
- le mobilier ;
- les concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires.

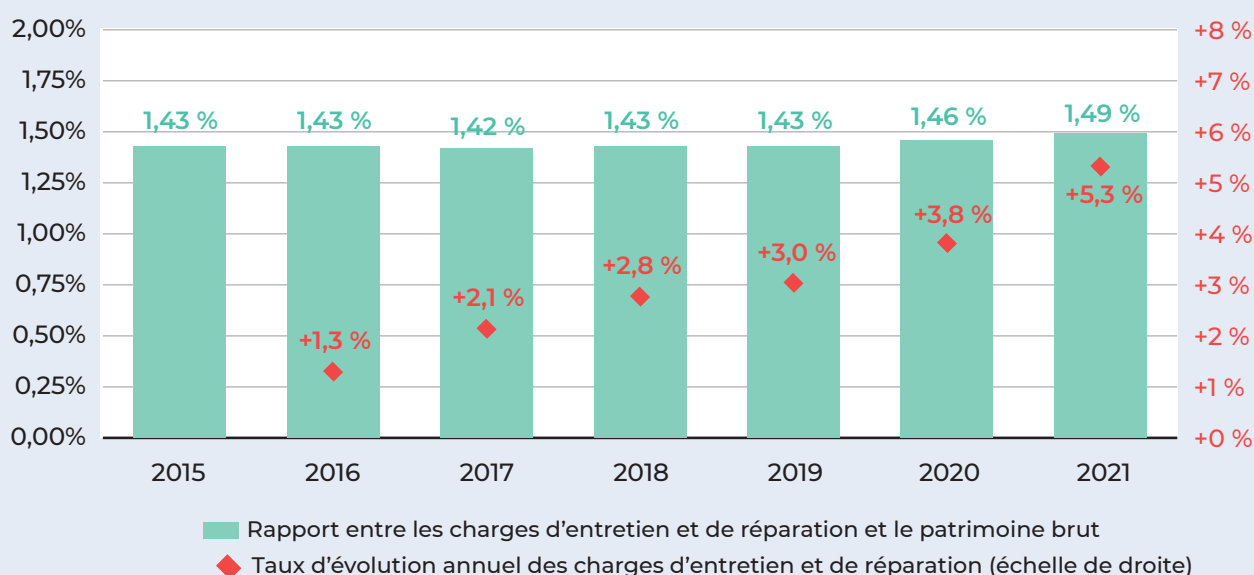
En complément de l'évolution du patrimoine entre 2015 et 2021, de ses composantes et de sa vétusté, nous nous sommes intéressés aux charges d'entretien et de réparation associées à ce patrimoine (cf. encadré 3).

Encadré 3

Les charges d'entretien et de réparation sont en augmentation, en partie du fait de la vétusté

En complément de l'analyse comptable du patrimoine hospitalier public proposée dans cette publication, s'intéresser aux charges d'entretien et de réparations associées à ce patrimoine nous a paru intéressant. Par rapport à l'actif immobilisé brut, le montant de ces charges (compte 615) est logiquement bien moindre puisqu'elles équivalent en 2021 à un peu moins de 1,5 % du patrimoine hospitalier public. Elles ont augmenté chaque année de la période mais la hausse a été plus forte d'année en année, partant de +1,3 % entre 2015 et 2016 pour aboutir à +5,3 % entre 2020 et 2021. Les charges d'entretien et de réparations représentent ainsi 1,49 % du patrimoine brut en 2021 contre 1,43 % en 2015.

Évolution des charges d'entretien et de réparation



Même si ce n'est sans doute pas la seule explication, la hausse de la vétusté du patrimoine explique une partie de l'augmentation de ces charges d'entretien et de réparation, comme l'indique un coefficient de corrélation élevé entre, d'une part, le rapport charges d'entretien et de réparation sur patrimoine brut et, d'autre part, le taux de vétusté. Ce coefficient ressort à 80 % sur la période de 2015 à 2021. Calculé sur la base des catégories d'hôpitaux publics pour 2021, ce même coefficient de corrélation est moins important mais reste significatif, à hauteur de 64 %. Les charges d'entretien et de réparation 2021 représentent entre 1,0 % du patrimoine brut pour les hôpitaux de proximité (soit la catégorie dont le taux de vétusté global est le plus faible en 2021) et 1,7 % pour les CHR/U (soit la catégorie enregistrant le taux de vétusté 2021 le plus important derrière les CH de taille intermédiaire).

6. Les équipements matériels lourds, un élément essentiel du patrimoine hospitalier public

Les équipements matériels lourds (EML) sont majoritairement comptabilisés dans le compte 21541 (Matériel et outillage – Établissement principal), soit une des composantes du 215, qui est l'un des trois comptes ayant un poids significatif dans le patrimoine (voir partie 4). Pour cette raison mais aussi pour les activités spécifiques qu'ils permettent, les EML sont un élément important du patrimoine hospitalier. Plutôt qu'une approche financière ciblant le compte 21541, forcément réductrice vis-à-vis des EML (ils ne peuvent être étudiés que globalement et ce compte ne contient pas que des EML), nous avons privilégié une analyse détaillée du nombre d'EML grâce aux données de la Statistique annuelle des établissements (SAE).

Sont analysés dans cette partie les EML d'imagerie soumis à autorisation de l'agence régionale de santé (ARS) sur la période d'analyse, tels qu'ils sont référencés dans l'article R6122-26 du code de la santé publique :

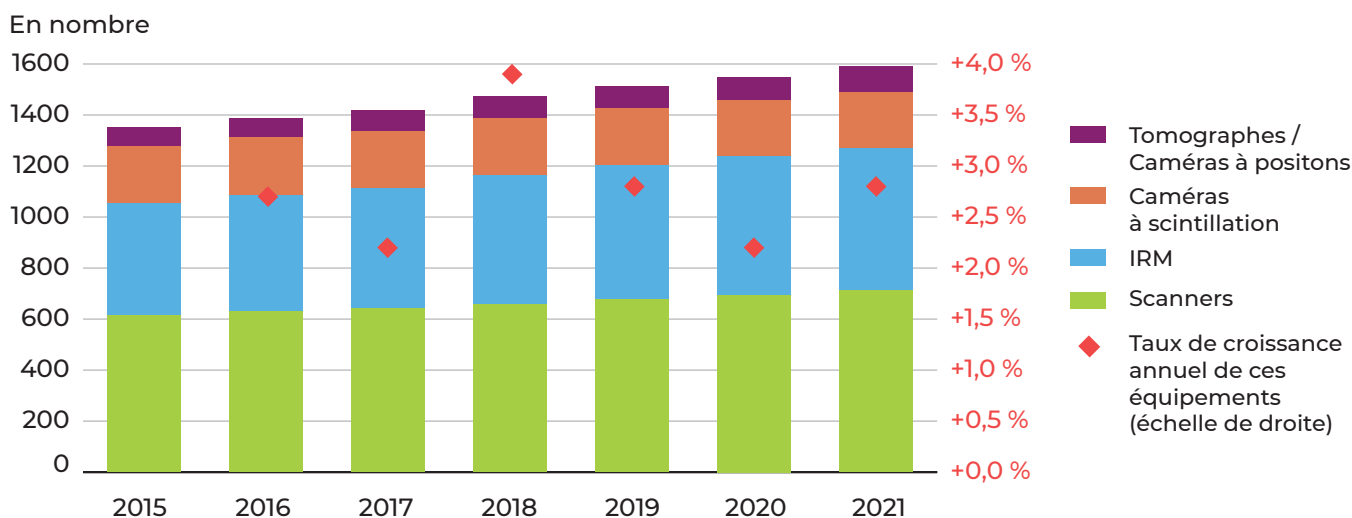
- les scanographes à utilisation médicale (scanner) ;
- les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) ;
- les caméras à scintillation munies ou non de détecteurs d'émission de positons en coïncidence ;
- les tomographes à émissions et les caméras à positons, qui sont regroupés en une seule rubrique dans la SAE.

Le régime d'autorisation pour ces équipements lourds a connu des évolutions régulières ces dernières décennies, visant notamment à simplifier l'obtention d'autorisations. La dernière en date, liée à des décrets de 2022, entre en vigueur au 1^{er} juin 2023 et aura notamment pour conséquence qu'une autorisation de l'ARS ne sera plus nécessaire pour les caméras à scintillation, les tomographes à émissions et les caméras à positons. Cette actualité ne nous a pas semblé de nature à remettre en cause l'intérêt d'inclure ces équipements dans notre analyse.

6.1. Le nombre d'EML d'imagerie soumis à autorisation a augmenté entre 2015 et 2021 dans le secteur hospitalier public

Les hôpitaux publics détiennent en moyenne pour 2021 près de 1 600 EML d'imagerie soumis à autorisation. Ce nombre est en hausse de 18 % par rapport à 2015, soit un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de + 2,8 %. Leur nombre a progressé chaque année mais selon des ampleurs différentes. La hausse la moins marquée (+ 2,2 %) est relative aux années 2017 et 2020, la plus forte à 2018 (+ 3,9 %), les trois autres années étant proches de la moyenne annuelle.

Évolution du nombre d'EML d'imagerie soumis à autorisation du secteur hospitalier public et taux de croissance annuel de l'ensemble de ces équipements

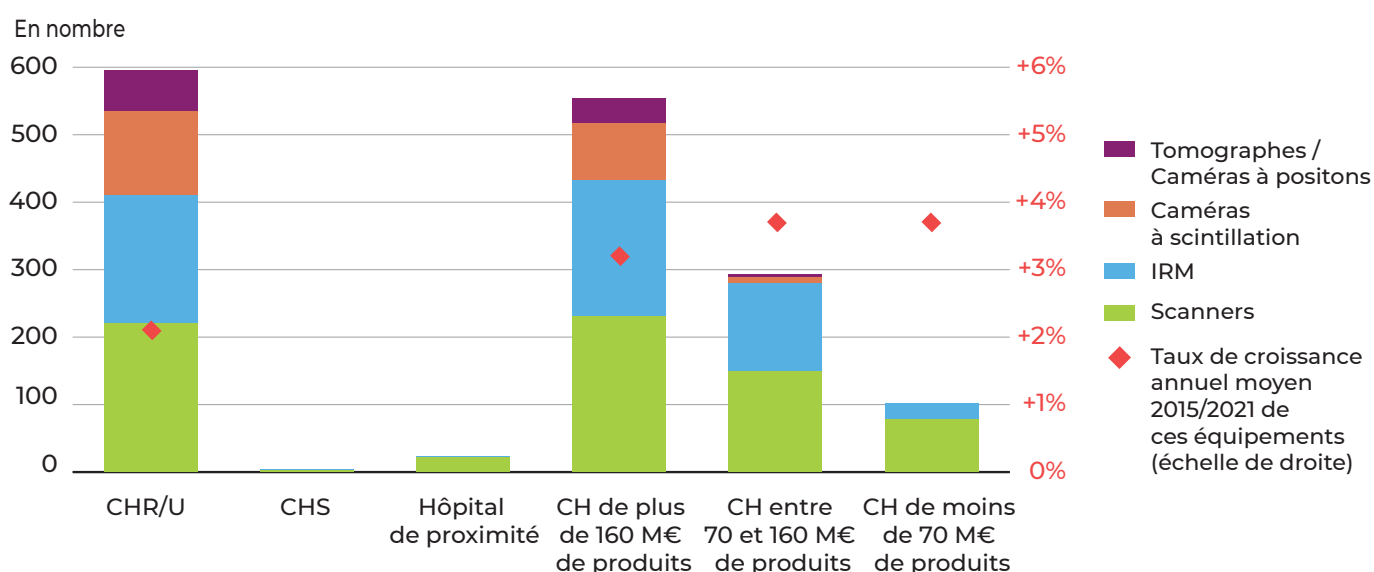


Cette augmentation n'a pas pour autant bouleversé la structure par type d'équipements. Les caméras à scintillation, seul des quatre types d'équipements à ne pas avoir augmenté entre 2015 et 2021 (nombre relativement stable), voient donc leur poids diminuer, passant de 17 % à 14 %. Ceci est essentiellement compensé par un poids plus important des IRM (de 33 % en 2015 à 35 % en 2021) qui ont enregistré l'augmentation la plus importante en nombre (+ 117) mais pas en pourcentage (+ 27 %) puisque les tomographes et caméras à positons ont progressé de 38 %. Ces derniers restent néanmoins et assez largement les EML d'imagerie soumis à autorisation les moins fréquents, en représentant 6 % en 2021. Enfin, les scanners demeurent les plus nombreux, équivalant à 45 % de ces équipements.

6.2. Les plus grands EPS comptent la grande majorité des EML d'imagerie soumis à autorisation

Analysés selon les catégories d'hôpitaux publics présentées en partie 1 de cette publication, les EML d'imagerie soumis à autorisation sont beaucoup plus nombreux dans les grands établissements. Les hôpitaux de proximité et les CHS disposent d'un nombre très limité de ce type d'équipements. Et si on cumule les CHR/U et les CH de plus de 70 millions d'euros, soit les trois catégories d'EPS comprenant les hôpitaux de plus grande taille, ils concentrent 92 % des EML d'imagerie soumis à autorisation du secteur hospitalier public. Ce qui est d'un ordre de grandeur comparable à la part occupée par ces trois mêmes catégories sur le compte de la nomenclature M21 où sont majoritairement enregistrés ces équipements²², qui ressort à 87 %. Ce pourcentage est un peu plus faible qu'en nombre d'EML : plusieurs explications sont à l'origine de cet écart. Parmi celles-ci, le fait que ce compte ne comprend pas uniquement les EML d'imagerie soumis à autorisation mais aussi d'autres équipements, tels des échographes, des mammographes, des lithotripteurs...

Nombre d'EML d'imagerie soumis à autorisation en 2021 par catégorie d'EPS et taux de croissance annuel moyen entre 2015 et 2021 de l'ensemble de ces équipements



Les CHR/U disposent de près de 600 EML d'imagerie soumis à autorisation en 2021. Cela correspond à une augmentation plus faible que pour l'ensemble des hôpitaux publics (TCAM entre 2015 et 2021 de + 2,8 % pour rappel) : + 2,1 %. Une piste d'explication à cet écart : ces hôpitaux disposaient en début de période d'une dotation en équipement de ce type plus conséquente que les autres catégories. Les CH de plus de 160 millions d'euros de produits suivent avec plus de 550 équipements en 2021 et un TCAM de + 3,2 %. Avec presque 300 équipements en 2021, ce sont les CH dont le total des produits est compris entre 70 et 160 millions d'euros qui ont connu la progression moyenne la plus importante (TCAM de + 3,7 %). L'essor du nombre d'EML d'imagerie soumis à autorisation des CH de moins de 70 millions d'euros de produits a également été dynamique (+ 3,3 %). Ils en possèdent pour autant sensiblement moins que les trois catégories précédemment citées (environ 100 en 2021).

Les équipements de cette catégorie sont très majoritairement (près de 80 %) des scanners. Les 3 autres catégories possèdent presque autant d'IRM que de scanners sachant que l'augmentation des IRM entre 2015 et 2021 a été généralement plus forte que celle des scanners. À noter que les CH de plus de 160 millions d'euros de produits sont la catégorie comprenant le plus de scanners (environ 230) ainsi que d'IRM (environ 200), suivis par les CHR/U pour ces deux types d'équipements ; ces derniers disposant de plus de caméras à scintillation (125) et de tomographes ou caméras à positons (60) qui sont quasi-exclusivement détenus, au sein du secteur hospitalier public, par des établissements dont les produits sont supérieurs à 160 millions d'euros.

²² Il s'agit pour rappel du compte 21541 (Matériel et outillage - Établissement principal).

7. Focus sur le poids de la dette des hôpitaux publics en 2021

7.1. Plus de trois quarts des hôpitaux publics bénéficient en 2021 d'aides au titre de l'assainissement financier

Le compte 2763 « Créances au titre des dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021 » n'a pas vocation selon nous à être inclus dans le patrimoine hospitalier comme ceci est explicité en introduction de cette publication. Il doit être en revanche pris en compte pour apporter des premiers éléments d'analyse concernant le plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé, plus spécifiquement l'enveloppe dédiée à l'assainissement financier (cf. encadré 1).

L'intégralité de cette enveloppe, soit 6,5 milliards d'euros, a été contractée en 2021 et l'analyser sous l'angle comptable permet de mettre en exergue quelques premières tendances relatives à ce plan.

Les hôpitaux bénéficiaires de l'enveloppe d'assainissement financier ont enregistré en 2021 la dotation qui leur sera versée en plusieurs tranches annuelles à partir de deux écritures comptables :

- un crédit en compte 1026 « Dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021 »,
- un débit en compte 2763 « Créances au titre des dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021 ».

Ensuite, le versement annuel fait l'objet d'un crédit en compte 2763, venant logiquement diminuer la créance de l'État vis-à-vis de l'établissement. Ce compte 2763 a ainsi vocation à être nul d'ici 2030, date à laquelle les versements relatifs à l'enveloppe dédiée à l'assainissement financier arriveront à leur terme. Ce versement annuel n'a en revanche aucune incidence sur le compte 1026, la dotation associée ayant donc permis de recapitaliser les hôpitaux participant au SPH.

L'annexe 6 au PLFSS²³ 2023 fait état de 997 établissements de santé bénéficiaires au titre du volet 1 du plan. Sur la base des données DGFIP, ce sont 632 hôpitaux publics qui sont bénéficiaires²⁴, représentant 63 % des établissements retenus. Cela signifie également que 77 % des hôpitaux publics sont concernés par le volet 1. Les dotations enregistrées par les EPS correspondent à 5,7 milliards d'euros²⁵. Ceci équivaut à 87 % des aides totales associées au volet 1. Les ESPIC ont donc bénéficié de 13 % de ces aides. Par ailleurs, l'aide moyenne reçue est supérieure pour un EPS par rapport à un ESPIC, ce qui n'apparaît pas illogique au vu de la taille moyenne des hôpitaux publics. En 2021, les aides versées aux EPS au titre du volet 1²⁶ s'établissent à 830 millions d'euros, soit 14 % des dotations enregistrées par ceux-ci.

Au-delà de ces mécanismes comptables, il nous a paru intéressant d'actualiser, à l'occasion de cette publication sur le patrimoine, quelques-uns des principaux constats de l'édition 2022 de « Regard financier sur les hôpitaux publics » traitant du poids de leur dette. Celle-ci dressait un bilan de ce poids en amont de la crise sanitaire, avec pour dernière année d'analyse 2019. L'année 2020, avec l'irruption de la crise sanitaire et les nombreux effets de celle-ci sur les finances hospitalières, nous semble trop atypique pour que son analyse financière offre une quelconque valeur tendancielle. Même si 2021 présente également quelques atypismes, liés de nouveau pour partie à la crise sanitaire, une actualisation synthétique de l'analyse du poids de la dette des hôpitaux publics nous paraît instructive, typiquement dans la perspective d'un bilan des mesures d'assainissement financier et de soutien à l'investissement, bilan paraissant essentiel au vu de l'importance financière de ces mesures (13 milliards d'euros).

7.2. En 2021, une augmentation de l'encours de dette hospitalier public à nuancer

Concernant l'évolution de l'encours de dette entre 2020 et 2021, l'annexe 6 du PLFSS 2023 met en avant deux dynamiques :

- « • une tendance à la baisse progressive de l'encours de dette dans la majorité des catégories d'établissements : cela représente 611 EPS, soit 78,2 % des établissements ;
- une augmentation très ciblée du montant total de l'encours dans une minorité d'établissements (170 EPS soit 21,8 %), dont le volume incombe principalement à certains CHU et à l'AP-HP, et qui génère une augmentation visible du volume global de l'encours de dette (+ 1 Md€). »

²³ Projet de loi de financement de la sécurité sociale

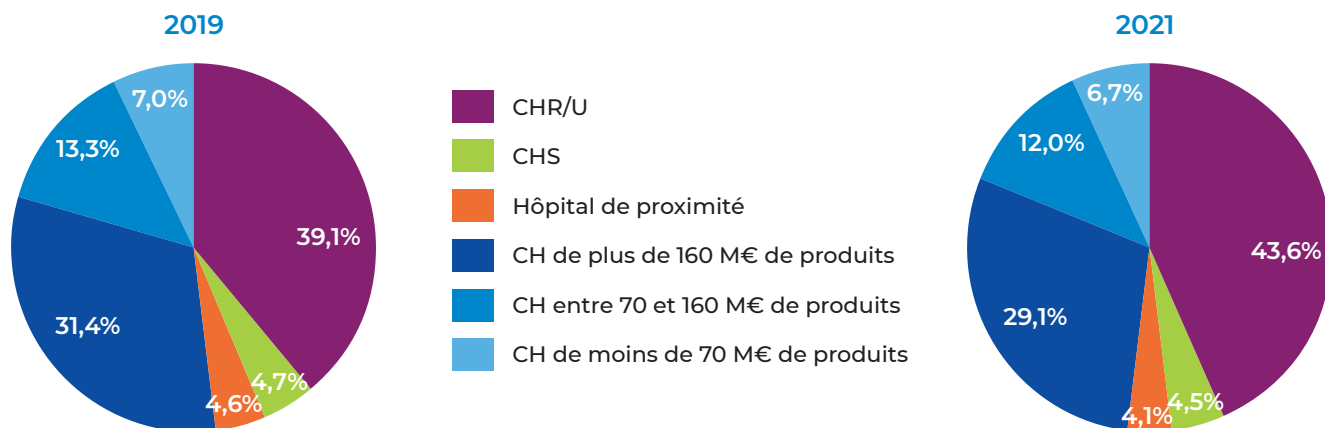
²⁴ Ceux qui ont crédité le compte 1026 en 2021.

²⁵ Solde créditeur du compte 1026.

²⁶ Crédits du compte 2763.

Effectivement, après une décennie au cours de laquelle l'encours de dette des hôpitaux publics a été proche de 30 milliards d'euros, notamment en 2019 et 2020, il ressort à 31,2 milliards d'euros à fin 2021, soit + 4,7 % par rapport à 2020. Cette augmentation est prioritairement liée aux CHR/U comme en atteste la comparaison des deux répartitions de l'encours de dette présentées ci-dessous, comparaison à champ constant puisque s'appuyant sur la catégorie des hôpitaux en 2021. Le diagramme de gauche décrit la répartition de l'encours de dette à fin 2019, celui de droite à fin 2021. Les CHR/U sont la seule catégorie qui voit sa part augmenter entre 2019 et 2021, passant de 39,1 % à 43,6 %, soit + 4,5 points.

Répartition de l'encours de dette en fonction de la catégorie 2021 des EPS



Cette modification très marquée de la répartition de l'encours de dette doit être nuancée par la nature d'une partie des emprunts réalisés par certains CHR/U en 2021. Typiquement, l'hôpital dont les emprunts nouveaux sont les plus importants en 2021 (595 millions d'euros), le CHU de Rennes, précise dans son compte financier 2021 : « Dans un contexte de marché financier favorable : émission de 6 emprunts obligataires à taux négatifs pour un montant total de 495 M€ et des périodes de maturité de 1 à 2 ans. » Avec une durée maximum de 2 années, ces emprunts sur des durées courtes ne feront donc plus partie de l'encours de dette du CHU à fin 2023. Le CHU de Rennes n'est pas le seul établissement concerné en 2021. On peut également citer le CHU de Brest. Et les montants associés sont conséquents, ce qui fait que toutes choses égales par ailleurs, le poids à fin 2023, et sans doute même à fin 2022, des CHR/U dans l'encours de dette hospitalier public serait inférieur à celui observé à fin 2021 (43,6 %).

L'observatoire Finance Active 2023 de la dette des établissements de santé, publié en mars 2023, fournit des premiers éléments sur les emprunts 2022 et leurs principales caractéristiques. Il regroupe un nombre conséquent d'hôpitaux (310)²⁷, soit environ 40 % des EPS, représentant deux tiers de la dette hospitalière : il se caractérise donc par une surreprésentation des grandes structures. Sur cet échantillon, les emprunts nouveaux réalisés en 2022 sont inférieurs d'environ 15 % à ceux de 2021 (respectivement 1,575 et 1,83 milliard d'euros). On peut donc estimer que l'évolution de l'encours de dette du secteur hospitalier public sera moindre en 2022 qu'en 2021 (+ 4,7 % pour rappel).

L'un des principaux résultats de cet observatoire est sans surprise le renchérissement du coût des emprunts, les taux d'intérêt ayant augmenté en lien avec l'inflation. Le taux moyen des nouveaux financements 2022 ressort à 2,12 % contre 0,81 % pour 2021, qui correspondait à un point bas historique. Leur durée moyenne, à 19,3 années en 2022, est inférieure d'un peu plus de deux ans au niveau 2021. En 2022, comme chaque année depuis 2015, le premier prêteur bancaire des hôpitaux publics est La Banque Postale en partenariat avec Sfil²⁸, représentant 26 % des emprunts de l'observatoire 2023 (contre 21 % une année plus tôt). Concernant les crédits sensibles, les hôpitaux publics n'en détiennent plus hormis quelques cas spécifiques : les produits non structurés représentent 93,9 % de l'encours de dette analysé par l'observatoire 2023 quand les produits hors charte Gissler en représentent 0,8 %, une part qui continue de diminuer au gré principalement de l'amortissement de ces prêts.

²⁷ 94,5 % de l'encours de dette analysé dans l'observatoire 2023 est détenu par des hôpitaux publics.

²⁸ Structure qui refinance une partie des prêts réalisés par La Banque Postale.

7.3. Moins de 30 % des hôpitaux publics ont besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter sur la base des comptes 2021 contre un peu plus de 40 % sur 2019

Depuis le décret du 14 décembre 2011, le recours à l'endettement des hôpitaux fait l'objet d'un encadrement. Ce décret définit trois ratios réglementaires de dette avec un seuil associé à chacun :

■ L'indépendance financière

Formule : encours de dette / capitaux permanents hors le résultat net de l'année
Seuil à 50 %

■ Le taux d'endettement

Formule : encours de dette / total des produits
Seuil à 30 %

■ Le délai de désendettement (aussi appelé capacité de désendettement ou durée apparente de la dette comme dans le décret)

Formule : encours de dette / capacité d'autofinancement (CAF)
Seuil à 10 années (de CAF)

Dès lors que l'hôpital dépasse, sur la base du dernier compte financier publié, le seuil pour au moins deux des trois ratios, il doit obtenir l'autorisation de l'ARS pour pouvoir réaliser un emprunt.

Quelques-uns des principaux résultats pour 2019 présentés dans la publication sur le poids de la dette des hôpitaux publics, parue en septembre 2022, sont détaillés dans le tableau ci-dessous. Il propose par ailleurs une comparaison avec les données observées en 2021. Les ratios de dette se sont nettement améliorés entre 2019 et 2021.

	2019 (publication de septembre 2022)	2021	Évolution entre 2019 et 2021 (en points pour les données en %)
Indépendance financière Médiane	41,2 %	35,5 %	-5,7
Taux d'endettement Médiane	28,3 %	24,3 %	-4,0
Délai de désendettement Médiane (en année de CAF)	8,4	6,7	-1,7
Indépendance financière % d'EPS dépassant le seuil	32,4 %	21,2 %	-11,1
Taux d'endettement % d'EPS dépassant le seuil	46,1 %	38,1 %	-8,0
Délai de désendettement % d'EPS dépassant le seuil	44,9 %	35,9 %	-9,0
% d'EPS soumis au besoin d'autorisation d'emprunt de l'ARS	40,3 %	28,7 %	-11,6
% d'EPS enregistrant une IAF (CAF négative)	14,1 %	12,1 %	-2,0
Part moyenne de la CAF nette dans le financement des investissements	31,4 %	34,4 %	3,0

Pour déterminer si cette amélioration correspond ou non à une tendance, l'analyse financière des années postérieures à 2021 sera essentielle, notamment parce que la garantie de financement, qui permettait de sécuriser les recettes des hôpitaux indépendamment de leur activité réelle, prévalait encore en 2021. Certains des éléments ayant permis cette amélioration du poids de la dette apparaissent cependant structurels, telles :

- la recapitalisation des hôpitaux publics qui a permis l'amélioration en 2021 de l'indépendance financière (qui a donc diminué) puisque le dénominateur de ce ratio correspond aux capitaux permanents dont une des composantes sont les capitaux propres. Le niveau médian d'indépendance

financière des hôpitaux publics s'établit à 35,5 % en 2021, en diminution de 5,7 points par rapport à 2019. Il s'agit d'un niveau sensiblement inférieur au seuil réglementaire (50 %), qui est dépassé par 21,2 % des EPS, soit 11,1 points de moins qu'en 2019 ;

- les revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé, qui ont eu pour effet d'augmenter les dépenses des hôpitaux, via les charges de personnel, mais aussi leurs recettes puisque ces revalorisations ont été financièrement compensées par des fonds publics. Le dénominateur du taux d'endettement, le total des produits, a augmenté mécaniquement et a tiré vers le bas ce ratio réglementaire de dette : le niveau médian du taux d'endettement est de 24,3 % en 2021, s'éloignant ainsi du seuil réglementaire à 30 % dont il était plus proche en 2019 (28,3 %). Le seuil est dépassé par 38,1 % des EPS, soit 8 points de moins qu'en 2019.

L'évolution de tous les autres indicateurs présentés dans le tableau (hormis le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter, qui dépend mécaniquement de l'évolution des trois ratios réglementaires de dette) est prioritairement liée à l'amélioration de leur CAF, qui s'établit à 3,8 milliards d'euros en 2021 pour le secteur hospitalier public contre 3,3 milliards d'euros en 2019, soit + 16 %. Cette augmentation ne traduit pas nécessairement une amélioration de la situation d'exploitation des hôpitaux, leur taux de CAF (rapport entre la CAF et le total des produits) étant identique en 2019 et 2021, à hauteur de 3,9 %. Ceci s'explique par une hausse comparable entre 2019 et 2021 pour le total des produits et la CAF (environ + 15 %).

L'encours de dette ayant en revanche moins augmenté que la CAF, comme précisé plus haut, le délai de désendettement médian s'est amélioré de plus d'une année et demie entre 2019 et 2021 pour s'établir à 6,7 années en 2021. C'est sensiblement moins que le seuil réglementaire de 10 ans, qui est dépassé par 35,9 % des EPS en 2021, contre 9 points de plus en 2019.

Toujours en lien avec une CAF plus élevée en 2021 qu'en 2019, la part d'EPS présentant une insuffisance d'autofinancement (IAF), c'est-à-dire une CAF négative, a diminué, passant de 14,1 % en 2019 à 12,1 % en 2021. Ceci traduit une amélioration de la situation d'exploitation des EPS même si la part d'hôpitaux publics présentant une IAF demeure significative en 2021. En termes de financement des investissements, la CAF nette participe à hauteur de 34,4 % en 2021, soit 3 points de plus que ce qui était observé en 2019²⁹.

Le besoin d'autorisation de l'ARS concerne 28,7 % des EPS sur la base de leur compte financier 2021, en forte diminution par rapport aux comptes 2019 où ils étaient un peu plus de 40 %, amélioration résultant de celle observée sur chacun des trois ratios réglementaires de dette.

7.4. Le besoin d'autorisation d'emprunt concerne très diversement les catégories d'EPS

Sur la base des comptes 2021, moins de 5 % des CHS avaient besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter contre plus de 45 % des CH de plus de 160 millions d'euros de produits. C'est dans cette catégorie qu'on trouve la plus grande proportion d'EPS ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter sur la base des comptes financiers 2021. Pour autant, les CH de plus de 160 millions d'euros de produits ne présentent le niveau moyen le plus dégradé sur aucun des trois ratios réglementaires de dette. Les CHR/U sont la seule catégorie pour laquelle plus de la moitié des établissements dépassent le seuil réglementaire pour :

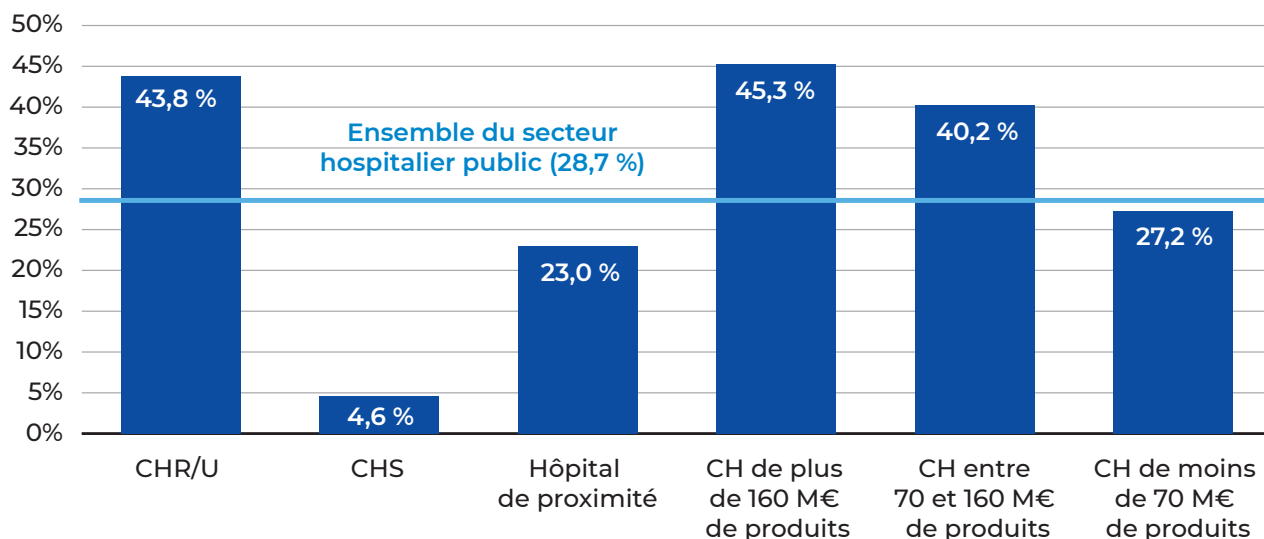
- l'indépendance financière (médiane à 51,2 %),
- le taux d'endettement (médiane à 30,9 %).

Concernant le délai de désendettement, ce sont les CH de taille intermédiaire (entre 70 et 160 millions d'euros de produits) qui sont la seule catégorie pour laquelle la médiane est supérieure au seuil, avec 10,4 années. Sur ces trois ratios, les CHS sont la catégorie d'EPS présentant en 2021 la situation la plus favorable, et ce assez largement.

Il convient de préciser que cette diversité de situations des catégories d'EPS vis-à-vis de ce besoin d'autorisation n'est pas spécifique à 2021 et était déjà observée les années précédentes.

¹⁶ Pour calculer de façon pertinente la part occupée par la CAF nette dans le financement des investissements, des retraitements de la CAF nette ont été effectués lorsque celle-ci est négative ou supérieure aux investissements. Une description plus fine de ces retraitements est présentée en pages 15 et 16 de l'édition 2022 de « Regard financier sur les hôpitaux publics » traitant du poids de la dette des hôpitaux publics en amont de la crise sanitaire.

Part d'EPS par catégorie ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter sur la base des comptes 2021



Dans la partie précédente, les indicateurs financiers analysés, pour la plupart liés au poids de la dette, apparaissent meilleurs en 2021 qu'en 2019 à l'échelle de l'ensemble du secteur hospitalier public. Cette amélioration concerne toutes les catégories. Pour illustration, le poids occupé par la CAF nette dans le financement des investissements est plus important en 2021 qu'en 2019 pour toutes les catégories : toutes sauf une financent entre 30 et 35 % de leurs investissements 2021 via la CAF nette, l'exception étant les CHS dont le taux dépasse 60 %.

Cette amélioration présente un caractère conjoncturel en lien direct avec les crédits destinés à couvrir les surcoûts liés à la crise sanitaire et éviter une aggravation de la situation financière des hôpitaux publics, en première ligne sur le front des épidémies. Par ailleurs, si elle est observée en moyenne pour l'ensemble des catégories d'EPS, cela ne signifie évidemment pas que tous les hôpitaux publics ont vu leurs ratios financiers progresser en 2021 par rapport à 2019. La part des CH de taille intermédiaire présentant une IAF en est une bonne illustration : elle s'établit à 19 % en 2021 ; ce pourcentage était déjà élevé en 2019 mais tout de même légèrement inférieur (18 %). Pour autant, le taux de CAF moyen de cette catégorie fait partie de ceux qui se sont améliorés entre 2019 et 2021, illustrant l'hétérogénéité des situations entre hôpitaux au sein d'une même catégorie. Les CH dont les produits sont compris entre 70 et 160 millions d'euros demeurent néanmoins en 2021 la catégorie où le taux de CAF est le moins élevé, 2,8 %, soit la moitié du taux moyen le plus important, enregistré par les CHS, qui s'établit à 5,6 % (en très légère augmentation par rapport à 2019). À noter également que deux catégories voient leur taux de CAF moyen diminuer entre 2019 et 2021, de façon certes mesurée. Il s'agit des hôpitaux de plus grande taille (CHR/U et CH de plus de 160 millions d'euros de produits) avec un taux proche de 4 % en 2021 et donc de la moyenne observée pour le secteur hospitalier public.

Sigles

AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
BP	Budget principal
CH	Centre hospitalier
CHR/U	Centre hospitalier régional ou universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CAF	Capacité d'autofinancement
CRC	Chambre régionale des comptes
EML	Équipement matériel lourd
EPS	Établissement public de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
IAF	Insuffisance d'autofinancement
IGAAC	Installations générales, agencements, aménagements des constructions
IRM	Imagerie à résonance magnétique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
ROD	Rapport d'observation définitive
SAE	Statistique annuelle des établissements
SPH	Service public hospitalier
TCAM	Taux de croissance annuel moyen

Sources

Hors mentions contraires, les données financières sont issues de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les données sur le nombre d'EML de la SAE.

Avertissement

Les données figurant dans le présent document sont fournies à titre indicatif et ne constituent pas un engagement de La Banque Postale. Ce document est fourni à titre informatif.

La reproduction totale ou partielle du présent document doit s'accompagner de la mention ©La Banque Postale - FHF.

Contacts

Fédération hospitalière de France
1 bis rue Cabanis
75014 Paris
<https://www.fhf.fr>
fhf@fhf.fr

LA BANQUE POSTALE
Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 6 585 350 218 €.
Siège social et adresse postale : 115 rue de Sèvres 75 275 Paris CEDEX 06. RCS Paris 421 100 645 -
Code APE 6419Z, intermédiaire d'assurance, immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 023 424.
<https://www.labanquepostale.fr/hopitaux.html>

La Banque Postale • Direction des études : etudes-secteurlocal@labanquepostale.fr

Retrouvez toutes les publications de La Banque Postale
<https://www.labanquepostale.com/newsroom-publications/etudes/etudes-finances-locales.html>

