

# LES HÔPITAUX PUBLICS ET LES EMPRUNTS TOXIQUES

*Patrick Saurin*

*« Atteindre la santé pour tous exige que de puissants intérêts soient mis en cause, que la mondialisation néolibérale soient combattue, et que les priorités politiques et économiques soient radicalement changées. »*

La Charte Populaire pour la Santé

Cette étude braque les projecteurs sur un aspect peu connu de la dette hospitalière : les emprunts toxiques. Réalisée à partir de documents officiels, elle a pour vocation d'aider les personnels de santé et au-delà le corps médical ainsi que les usagers à exercer un contrôle citoyen sur le service de santé et à engager le cas échéant les actions nécessaires.

## A) **C'est quoi un emprunt toxique ?**

Les emprunts toxiques sont une invention des banquiers non pour améliorer le service de financement qu'ils sont censés proposer à leurs clients, mais pour accroître significativement leurs marges au moyen de montages spéculatifs risqués, sachant que seuls les emprunteurs supportent le risque. Ces emprunts ont été proposés aux acteurs publics locaux par Dexia à partir du milieu des années 1990, avant d'être commercialisés de façon industrielle au cours des années 2000 par l'ensemble des banques. Ces dernières les mettaient en place pour financer les nouveaux investissements mais aussi pour refinancer les encours existants dans ce qu'elles appelaient dans leur novlangue la « gestion de dette » (ou G2D pour les initiés).

Un emprunt toxique, que les banquiers appellent pudiquement « prêt structuré », est un montage qui associe un prêt classique et un ou plusieurs produits dérivés. Un produit dérivé est un instrument financier dont la valeur fluctue en fonction de l'évolution du taux ou du prix d'un produit appelé sous-jacent. L'actif sous-jacent peut être une action, une obligation, un indice boursier, une unité négociable d'une matière première, l'écart entre des taux courts et des taux longs, un taux de change entre deux ou plusieurs monnaies, etc. C'est l'évolution de la valeur du produit dérivé qui va conditionner le taux appliqué à l'emprunt, taux susceptible de varier à chaque échéance. Le produit dérivé permet de jouer sur les taux :

- en modifiant le taux (grâce à des contrats d'échange de taux d'intérêt ou *swap* qui permettent par exemple d'échanger un taux fixe contre un taux variable),
- en figeant le taux à l'avance qui s'appliquera à une date déterminée pour une période déterminée (contrats d'accord de taux futurs ou contrats de terme contre terme ou *futures* et *forwards*),

- en garantissant le taux qui peut être un taux plafond (*cap*), un taux plancher (*floor*), ou les deux à la fois (*collar*).

Pour expliquer le montage des emprunts toxiques, prenons l'exemple de l'emprunt dont le taux est indexé sur la parité entre l'euro et le franc suisse que l'on retrouve dans beaucoup de situations. En souscrivant ce type d'emprunt, un hôpital vend (sans le savoir) une option à la banque. La collectivité vend un cap à la banque qui protège cette dernière contre une évolution à la hausse du taux d'intérêt. La prime versée par la banque à l'hôpital est représenté par une bonification d'intérêts les trois premières années du prêt (par exemple si le taux fixe en vigueur à ce moment est de 5 %, la banque « offrira » un taux bonifié de 3 % les trois premières années). Lorsque les taux des emprunts indexé sur la parité euro franc suisse se sont mis à flamber à partir de l'année 2010 et en janvier 2015, seuls les emprunteurs ont supporté la totalité des surcoûts. Si l'évolution avait été inverse et que le taux soit descendu en-dessous des 3 %, la collectivité n'en aurait pas bénéficié car elle se serait vue appliquer le taux de 3 % stipulé dans le contrat. Dans la quasi-totalité des cas, la banque prêteuse a pris le soin de couvrir son risque auprès d'une banque de contrepartie au moyen d'un contre-swap qui reprend les caractéristiques de l'emprunt commercialisé à l'hôpital mais inversées. En cas d'évolution des à la hausse, c'est cette banque de contrepartie qui bénéficie de l'essentiels des gains.

Les banques prêteuses ont présenté ces contrats spéculatifs (interdits par la loi) comme des produits de couverture de risque (autorisés eux par la loi). Si depuis la fin des années 2000 jusqu'à aujourd'hui, plus personne n'est dupe qu'il s'agissait d'une véritable supercherie, ni les pouvoirs publics, ni les tribunaux n'ont accepté de reconnaître cette réalité et d'en tirer les conséquences.

## B) **État des lieux de la dette hospitalière : un désastre**

L'encours de dette passe de 9,8 Md€ en 2003 à 29,3 Md€ (1,4 % du PIB) en 2012, soit un triplement de l'encours en 9 ans. (R. 2944, p. 31)

Le rapide et conséquent développement de la dette hospitalière qui triple entre 2003 et 2012 s'explique par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Pour Mr. Guillaume Wasmer (représentant le syndicat des managers publics de santé (SMPS), « *la dette est la résultante d'un système « pousse au crime »* ». Selon lui, les plans précités « *n'ont pas été des plans d'investissement au sens strict, mais des plans d'aide à l'emprunt* » et il relève que « *sur les 6 milliards d'euros du plan Hôpital 2007, il n'y avait qu'un milliard sous forme de subventions.* » Un point de vue que partage Mr Éric-Alban Giroux, directeur d'hôpital, pour qui « *les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont été vécus davantage comme un soutien au monde bancaire qu'au monde hospitalier public.* » (R. 2944, p. 30)

Dans cet encours, les emprunts structurés représentent 15,7 % de l'encours de dette (R. 2944, p. 35), soit 4,6 md€, et les emprunts à risque élevé représentent 2,5 milliards d'euros, soit 9 % de l'encours total. (R. 2944, p. 34) Le coût de sortie de ces emprunts est estimé à 1,5 milliard d'euros, dont un milliard pour les emprunts les plus risqués. (R. 2944, p. 34) Pour la Cour des comptes, la sortie de ces emprunts va avoir « *un impact considérable sur les comptes hospitaliers.* » (R. avril 2014, p. 101) La Cour souligne également que les provisions passées au titre de ces emprunts impacteront les résultats hospitaliers à partir de 2014. (R. avril 2014, p. 103)

À sa création en février 2013, la SFIL comptait 1 188 emprunteurs du secteur public hospitalier dont 133 étaient concernés par des prêts à risque, soit 11 %. En 2015, elle

compte 1 096 emprunteurs dont 113 concernés par ces prêts à risque, soit 10 %. (R. 2944, p. 152) Depuis le 25 février 2013, la SFIL a conclu 41 opérations de désensibilisation avec 40 établissements publics de santé pour un encours de 187 millions d'euros... mais la SFIL n'indique pas le total des IRA ni la part de ces dernières prise en charge par l'aide. (R. 2944, p. 154)

Un exemple de ces risques est fourni par le centre hospitalier de Juvisy à 100 % de sa dette en emprunts structurés dont le coût de sortie a été estimé à 35 millions d'euros, soit trois fois le montant de la dette. (R. 2944, p. 80) Au 31/12/2013 ou 2014, 69 hôpitaux comptaient des encours 6F pour 882,8 millions d'euros. (R. 2944, p. 37) Les emprunts toxiques ont eu pour conséquence le déclenchement de 15 administrations provisoires ont été déclenchées depuis 2008 sur plus de 3 000 établissements. (R. 2944, p. 39)

### **C) À qui la faute ?**

Les banques sont-elles au-dessus des lois ? Il est permis de se le demander au vu de la mansuétude dont les pouvoirs publics font preuve à leur égard.

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, les pouvoirs du directeur ont été renforcés et le conseil d'administration s'est vu privé de ses anciennes attributions. Les élus locaux ne participent plus à la décision d'emprunter. Comme le relève le rapport n° 4030 de décembre 2011 (*Emprunts toxiques du secteur local : d'une responsabilité partagée à une solution mutualisée*), de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux, de l'Assemblée nationale :

*« Depuis 2005, la décision d'emprunter n'est plus soumise à une délibération du conseil d'administration mais relève du directeur d'hôpital, qui en informe le directoire et le conseil de surveillance. L'isolement des directeurs d'hôpital lors de la décision d'emprunt a pu conduire ces derniers à réaliser des opérations risquées ; et ce d'autant plus que nombre d'entre eux ne disposaient ni des compétences nécessaires, ni de l'appui de services financiers suffisamment formés. »* (R. 4030, p. 58 ; voir également sur cette question Mr Frédéric Boiron, président de l'Association des directeurs d'hôpital, dans ce même rapport p. 237)

Les directeurs des établissements hospitaliers font valoir qu'ils ont été très fortement incités à souscrire de tels emprunts par les discours rassurants des établissements bancaires. (p. 38) Il est relevé que *« le marketing offensif des banques et les autorités de tutelle qui n'ont fait aucune objection à ces souscriptions expliquent le succès de ces produits structurés. »* (R. 2944, p. 39)

L'argumentation des banquiers pour rejeter leur responsabilité est toujours la même :

*« Les hôpitaux qui ont souscrits ces emprunts ont une taille significative : ils avaient la capacité de comprendre les produits proposés. »* (R. 2944, p. 212)

*« Nous avons eu affaire à des gens qui avaient des compétences. »* (R. 2944, p. 213)

*« Nous avons proposé les deux cotations, à taux fixe et à taux variable en crédit classique ou sous forme de crédit structuré. »* (R. 2944, p. 213)

« Le groupe BPCE a commencé à s'y intéresser à la demande de ses clients – collectivités comme hôpitaux – à partir de 2004-2005, puis il a arrêté toute proposition de ce type de crédit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. » (R. 2944, p. 213)

Cette dernière affirmation de Mr Cédric Mignon, directeur du développement des Caisses d'Épargne du Groupe BPCE est un double mensonge. En effet, la gamme de prêts structurés BONIFIX a été mise en place en 2002 comme l'indique une note interne du groupe BPCE, et l'arrêt de la commercialisation est intervenu bien après le 1<sup>er</sup> janvier 2008 puisque le 16 avril 2012, le Crédit Foncier, filiale du groupe BPCE, a signé avec Nîmes Métropole un avenant à un contrat indexé sur la parité euro/franc suisse qui avait été signé le 20 juin 2008, le nouvel avenant conservant la référence à la parité euro/franc suisse. N'en étant pas à un mensonge près, l'intéressé se permet d'ajouter : « *Des clients, dont certains même avaient été assistés d'un conseil, nous ont demandé de leur en proposer.* » (R. 2944, p. 213)

En juillet 2011, la Cour des comptes avait pointé la nature irrégulière de ces contrats en relevant « *une évaluation financière structurellement faussée* » (R. juillet 2011, p. 62)

Le rapport de l'Assemblée nationale met en évidence l'impunité des banques qui refusent de répondre à certaines questions (par exemple Dexia sur la situation de ses encours en prêts structurés et en prêts toxiques et sur ses efforts consentis pour permettre aux hôpitaux d'en sortir (R. 2944, p. 86), ou le mépris des banques étrangères comme HSBC, qui ont décliné l'invitation de la commission. (R. 2944, p. 295). Les banques refusent également de communiquer les informations demandées. Mr Pierre Morange, co-président de la Commission, déclare : « *Nous avons souhaité avoir des indications au sujet du taux indicatif des indemnités de remboursement anticipé (IRA) des prêts. La BPCE ne nous les a pas communiquées, alors qu'il s'agit du nœud du problème.* » (R. 2944, p. 297)

Enfin, autre preuve du déficit d'encadrement et de contrôle des activités des banques, le ministère de la santé s'interroge toujours pour savoir si le taux de l'usure s'applique pour les hôpitaux.

## **D) La réponse de l'État**

Elle a consisté en deux initiatives : le changement des règles de recours à l'emprunt et la mise en place d'un fonds de soutien.

### **1. Le changement des règles de recours à l'emprunt**

Les outils d'analyse et de suivi du risque ont été mis en place tardivement et depuis le décret du 14 décembre 2011 *relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé*, et la circulaire interministérielle du 9 mai 2012, le directeur général de l'ARS dispose d'un pouvoir d'autorisation préalable, mais deux limitations conditionnent l'exercice de ce pouvoir :

- L'une relative à la situation financière de l'hôpital qui exige que deux des trois critères suivants soient réunis :

Un ratio de dépendance financière (encours de dette long terme sur capitaux permanents) supérieure à 50 %.

Une durée apparente de dette supérieure à 10 ans (rapport entre encours total de la dette et montant net des provisions et amortissements réalisés au cours de l'exercice).

Un encours de dette rapporté à l'ensemble des produits toutes activités confondues supérieur à 30 %.

- L'autre relative à la nature des emprunts contractés : seuls seront concernés les emprunts d'une durée supérieure à 12 mois (ce qui exclut les emprunts à court terme et par extension les flux annuels de trésorerie correspondant à des tirages et à des remboursements de lignes de trésorerie.

Par ailleurs les emprunts à taux variables sont étroitement limités à certains index et avec des caps qui empêchent le taux de dépasser le double du taux d'intérêt nominal du départ.

Enfin, une fois saisi, le DGARS doit à son tour le DRFIP (directeur régional des finances publiques).

## **2. La mise en place d'un fonds de soutien**

Un fonds d'intervention de 100 millions d'euros sur 3 ans (dont 25 millions apportés par les banques, la SFIL contribuant pour 18 millions) a été mis en place pour les petits hôpitaux (d'un budget de moins de 100 millions d'euros) et pour des emprunts classés hors charte. Les 75 millions restants sont apportés par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il est scandaleux de voir les fonds de l'ONDAM dont la mission concerne les dépenses de soin et d'hospitalisation utilisés pour payer des indemnités aussi exagérées qu'injustifiées aux banques. Comme pour le fonds de soutien destiné aux collectivités locales, les pouvoirs publics ne font contribuer que les banques françaises (avec la taxe sur les risques systémiques portée de 0,5 % à 0,539 % en 2014 pour diminuer progressivement ensuite et atteindre 0,141 % en 2018) et pas les banques étrangères telles que HSBC ou RBS qui ont pourtant commercialisé des emprunts toxiques.

Par la suite, il a été décidé d'ajouter 300 millions d'euros sur 10 ans (intégralement financés par les banques) à ce dispositif.

## **E) Quelle réponse citoyenne ?**

Cette réponse peut s'exercer selon deux modalités étroitement complémentaires, au niveau des représentants du personnel des établissements publics de santé et au niveau de collectifs de citoyens et d'usagers. Cette réponse peut prendre la forme d'une action judiciaire.

### **1. Le rôle essentiel des représentants du personnel des établissements de santé**

La première tâche des représentants du personnel du conseil de surveillance et des comités technique d'établissement est d'interpeler la direction de l'hôpital et de réclamer un certain nombre d'informations en vertu de leurs prérogatives définies par le code de la santé publique.

L'article L. 6143-1 mentionne que

*« Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :*

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article [L. 6143-2](#) ;

[...]

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

[...]

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission .

[...]

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. »

L'article R. 6144-40 du code de la santé publique indique :

« Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article [L. 6143-1](#) ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

[...]

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7. »

Ainsi, dans le cadre de leurs prérogatives de consultation et d'information, les représentants du personnel devront demander un état précis de la dette de l'établissement au jour de leur demande, état précisant notamment :

- L'encours total de la dette détaillant pour chaque emprunt le prêteur, le montant initial, la durée, le taux, la formule de taux, et le cas échéant, le détail des renégociations successives s'il y en a eu.
- Le montant et le détail des emprunts structurés s'il y en a eu de souscrits.
- Le détail des opérations éventuelles de sortie des emprunts toxiques en précisant notamment le montant de l'indemnité de remboursement anticipé, le montant de l'aide du fonds de soutien, les modalités de paiement de l'indemnité et le détail du versement de l'aide, enfin le profil et les conditions des nouveaux emprunts.

Une fois obtenues ces informations, il appartiendra aux représentants du personnel de les analyser et de chiffrer les surcoûts supportés par leur hôpital puis de se rapprocher des médecins et de leurs instances représentatives pour les informer de cette situation et envisager ensemble les actions susceptibles d'être menées pour remettre en cause les opérations de sortie des emprunts toxiques qui ont été opérées au détriment des établissements hospitaliers publics et de leurs patients. Les instances représentant les patients seront également saisies.

Sur la marche à suivre pour procéder à l'audit de son établissement hospitalier, voir le lien : <http://www.cadtm.org/Pour-un-audit-des-etablissements>

## 2. L'action des collectifs de citoyens, d'usagers et de professionnels de la santé

En coordination et en appui des initiatives et démarches engagées par les représentants du personnel, les citoyens et les usagers ont tout intérêt à se regrouper dans des collectifs afin de faire toute la lumière sur la dette de leurs établissements publics de santé. Il existe des collectifs d'audit citoyen (CAC) qui ont déjà engagé des actions sur la dette de leur collectivité dans un certain nombre de villes : Grenoble, Nîmes, Vichy, Dijon, Lyon, Mulhouse, etc. Il est important d'essayer d'associer dans ces collectifs citoyens les médecins et leurs instances représentatives. En dehors de la France, des mouvements citoyens sont engagés pour s'opposer à la marchandisation de la santé. On peut citer la Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad Pública de Madrid, Coordination anti-privatisation de la santé publique de Madrid : <http://www.casmadrid.org/>. Enfin, on doit également mentionner au plan international le Mouvement Populaire pour la santé : <http://www.phmovement.org/fr>.

### 3. L'action contentieuse

On estime aujourd'hui à une vingtaine le nombre de contentieux menés par les établissements de santé (dont 12 pour la seule SFIL, p. 83) Ce faible nombre de contentieux s'explique par les pressions du gouvernement, de la troïka Dexia/SFIL/CAFFIL, du ministère de la santé et des ARS sur les directeurs des hôpitaux (notés par les DG des ARS) pour qu'ils choisissent la voie de la sortie négociée. Les directeurs d'hôpitaux qui ont engagé les contentieux sont en fin de carrière et n'ont plus grand-chose à craindre de leur hiérarchie. À ce jour, aucune décision définitive n'est intervenue.

#### F) Comment financer les hôpitaux et les acteurs publics locaux

Nous avons beaucoup critiqué le mode de financement des hôpitaux et le délabrement du service de la santé en France. Plutôt que faire payer aux banques le prix de leurs pratiques spéculatives, l'État a accepté de faire supporter le risque par la collectivité avec pour effet immédiat une dégradation programmée du service de santé. En juin 2012, dans un rapport confidentiel de l'Inspection générale des finances, recommandait « *le paiement de l'indemnité de remboursement anticipé* » en mobilisant « *leur gouvernance et leur ressources propres* » (R. juin 2012, pp. 6 et 10). Le 10 avril 2014, la Fédération hospitalière de France a présenté un plan d'économie dans les dépenses de santé de 5 à 7 milliard d'euros sur 5 ans avec une réduction d'effectifs et une renégociation des accords RTT. Par ailleurs, la dégradation de la situation financière des hôpitaux, du fait notamment du poids des emprunts toxiques dans leur dette, a amené les banques à considérer les établissements publics de santé moins fiables que les collectivités locales, et à concentrer sur ces dernières l'essentiel de leur financement destiné au secteur public local. (R. mars 2013)

Des solutions existent toutefois pour remédier à cette situation. Le service de santé doit redevenir un véritable service public. Le financement des investissements de ce service public de santé doit être assuré par des emprunts à 0 % mis à disposition par les banques qui doivent être socialisées dans le cadre d'un service public bancaire.

Sur la question des banques, de la socialisation du système bancaire et du financement des acteurs publics locaux, voir le lien :

[http://www.cadtm.org/IMG/pdf/PLAQUETTE\\_BANQUES\\_SUD\\_BPCE.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/PLAQUETTE_BANQUES_SUD_BPCE.pdf)

#### G) CONCLUSION

La remise en cause du système public de santé est perceptible dans d'autres domaines que celui des emprunts toxiques. Nous aurions pu aborder d'autres modes de financement

tout aussi dangereux tels que les partenariats public privé, avec l'exemple de l'hôpital du Sud Francilien dont le PPP passé avec Eiffage a été résilié courant 2014 dans des conditions désastreuses pour l'hôpital. Nous aurions pu aussi évoquer l'arrivée des « Social Impact Bonds », les investissements à impact social qui menacent déjà le champ de la santé, les établissements adaptés pour handicapés en particulier. L'action citoyenne est donc plus que jamais nécessaire pour défendre notre système de santé.

## Bibliographie

Blog du cabinet Houdart et Associés, <http://www.houdart.org/blog>

Patrick Saurin, *Les prêts toxiques, une affaire d'État. Comment les banques financent les collectivités locales*, Demopolis & CADTM, Paris, 2013.

Rapport de la Cour des Comptes, *Les risques pris par les collectivités territoriales et les établissements publics locaux en matière d'emprunt*, 2009.

Rapport de la Cour des Comptes, *La gestion de la dette publique locale*, juillet 2011.

Rapport n° 4030, *Emprunts toxiques du secteur local : d'une responsabilité partagée à une solution mutualisée*, de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux de l'Assemblée nationale, de décembre 2011.

Rapport n° 2012-M-022-03, *Contre-garantie de l'État sur un portefeuille de prêts de Dexia Municipal Agency*, Inspection Générale des Finances, juin 2012.

Rapport au Parlement, *Les emprunts structurés des collectivités territoriales et organismes publics comportant soit un risque de change, soit des effets de structure cumulatifs ou dont les taux évoluent en fonction d'indice à fort risque*, juillet 2012.

Rapport n° 2012-M-072-02, *Les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire*, Inspection Générale des Finances, mars 2013.

Rapport de la Cour des comptes, « La dette des établissements publics de santé » d'avril 2014.

Rapport d'information n° 2944, *En conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la dette des établissements publics de santé*, déposé le 8 juillet 2015 à l'Assemblée nationale par la Commission des Affaires Sociales donne un certain nombre d'informations.