

Chapitre VI

Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

PRESENTATION

La relance de l'investissement hospitalier sur la période 2003-2007 constituait l'un des trois volets du plan hôpital 2007. Elle visait à rénover le patrimoine hospitalier dont l'état se dégradait et à favoriser la restructuration des établissements de santé. Ce plan reposait sur l'engagement du ministère de la santé de verser 6 Md€ d'aides aux établissements de santé publics et privés. Il devait s'achever fin 2007.

Au moment où se met en place un nouveau plan, dénommé « hôpital 2012 », il a paru utile de tirer les enseignements du plan précédent au regard de son montage et de sa gestion au niveau national et régional.

L'enquête de la Cour a porté sur les seules opérations de construction ou de rénovation immobilières¹³³ qui représentent plus de 90 % du montant des investissements engagés et des aides accordées dans le cadre du plan. Elle a examiné quatre régions présentant des contextes différents : l'Aquitaine dont le patrimoine hospitalier était l'un des plus vétustes, la Bourgogne, région suréquipée sur le plan sanitaire dont l'offre devait être restructurée, la Haute-Normandie, région caractérisée par une forte disparité de l'offre entre un territoire industriel et portuaire peuplé et un territoire rural de moindre densité, et Rhône-Alpes, qui comporte trois centres hospitaliers universitaires (CHU).

La Cour constate que la relance de l'investissement a contribué à améliorer la qualité des infrastructures hospitalières et à les adapter à l'évolution des techniques médicales.

Toutefois, le lancement rapide du plan et la poursuite d'objectifs multiples ont conduit à retenir un trop grand nombre de projets, dont la viabilité économique n'était pas toujours assurée. De plus, les défaillances du pilotage national n'ont pas permis de maîtriser les dépenses. Lors de l'annonce du plan, leur montant avait déjà été relevé de 6 Md€ à 10,2 Md€. Au total, fin 2007, ces dépenses d'investissement s'élevaient à plus de 16 Md€ alors que l'aide de l'Etat, quant à elle, restait constante à 6 Md€. Enfin le bilan de ce plan s'avère difficile à établir, notamment du fait de l'absence d'indicateurs et du manque de fiabilité des outils de suivi mis en place.

133. Les projets concernant les systèmes d'information, également prévus dans le plan ont fait l'objet d'une analyse dans le RALFSS de 2008 (cf. pages 305 et suivantes).

I - Le lancement du plan

A – L'absence de critères précis

1 – Une estimation approximative des besoins d'investissement

Le plan hôpital 2007 a été conçu pour accélérer le rythme des dépenses d'investissements immobiliers des hôpitaux. En effet le patrimoine hospitalier était considéré comme vétuste et n'était plus, dans nombre de cas, conforme aux normes de sécurité.

Le chiffrage de l'aide initiale du plan a été effectué sur la base de deux études de sources différentes, mais aux conclusions concordantes. La première, réalisée par une société de conseil privée, évaluait en 2001 la mise à niveau du patrimoine hospitalier et des systèmes d'information hospitalier à 14 Md€. La seconde, moins précise, estimait que la réhabilitation ou la reconstruction des bâtiments des CHU demandait entre 5,6 Md€ et 6,5 Md€ à un horizon de cinq ans. Compte tenu des sommes que les établissements publics de santé consacraient en 2002 aux investissements nouveaux, (1,1 Md€ d'investissements sur 2,7 Md€ de dépenses totales par an) la mise à niveau de leur patrimoine aurait nécessité 13 ans.

Afin de ramener ce délai à cinq ans, le ministre de la santé a décidé d'allouer aux établissements de santé, y compris aux cliniques, une aide de 6 Md€ sur la période 2003-2007. Cette somme devait permettre aux établissements publics de santé (EPS), de réaliser un volume d'investissement supplémentaire supérieur d'environ 30 % à leur investissement antérieur, toutes opérations confondues (immobilier, équipements et systèmes d'information).

2 – Des modalités de sélection peu discriminantes

Plusieurs priorités, parfois contradictoires, ont été affichées d'emblée. Il était ainsi recommandé aux ARH de « cibler le dispositif sur un nombre d'opérations limité permettant un effort massif sur des opérations structurantes ». Mais elles devaient également privilégier les investissements directement liés à des plans nationaux, comme les plans cancer, périnatalité et urgences, favoriser enfin les opérations qui pouvaient démarrer dès 2003, ou surtout être engagées avant fin 2007.

En pratique, compte tenu des délais nécessaires pour la concertation et l'élaboration des dossiers, les ARH ont disposé de deux mois pour examiner les projets des établissements avant de les soumettre

à l'arbitrage de la DHOS et du ministre de la santé. Ce calendrier était incompatible avec un examen rigoureux des projets, tant sur leur faisabilité que sur leur pertinence.

Les modalités de sélection des projets ont été, de ce fait, très hétérogènes d'une ARH à l'autre et les projets retenus se trouvaient à des stades de maturité différents. Certains étaient au niveau de la programmation, d'autres à celui des études ou de la consultation. Enfin des projets, antérieurement financés par le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO), fonds alimenté par des crédits d'Etat, étaient déjà en phase de travaux.

Compte tenu de procédures aussi peu rigoureuses et du choix aussi ouvert de « priorités », il n'est pas surprenant que près de 1 000 opérations (937) aient été inscrites dans le plan. Leur liste reflète la grande dispersion des objectifs. Ainsi lors de la présentation publique du plan en septembre 2003, on distinguait au moins cinq grandes catégories d'opérations : recomposition de l'offre, recherche de complémentarités, reconstructions ou restructurations, mise en œuvre des plans nationaux et opérations innovantes. Ces catégories recoupaient elles-mêmes des projets variés : travaux de mise aux normes, d'humanisation, de rénovation, reconstruction partielle ou totale, installation d'équipements, informatisation de services ...

Si le montant unitaire d'un tiers des opérations était significatif (275 d'entre elles mobilisaient 80 % des investissements du plan avec des montants unitaires supérieurs à 10 M€), 70 % étaient d'un montant inférieur à 10 M€

L'étude menée par la Cour dans les quatre régions montre cependant que ce constat global doit être nuancé suivant les régions :

- l'ARH d'Aquitaine a privilégié des opérations de restructuration de l'offre. Ces opérations mobilisaient 88 % du montant des investissements estimés en 2003. L'ARH disposait d'une étude financière approfondie sur les projets retenus : Bayonne, Bordeaux, Périgueux, Libourne, Pau et Villeneuve-sur-Lot. De plus, la plupart étaient à un stade d'étude avancé ;
- l'ARH de Rhône-Alpes a retenu 40 établissements sur 330, dont cinq projets d'envergure et a intégré 21 projets FIMHO portant sur des opérations importantes à Bourg en Bresse, au CHU de Saint Etienne, à Chambéry et aux Hospices Civils de Lyon (HCL) ;
- l'ARH de Bourgogne, moins sélective, a retenu un établissement dans chacun des six territoires de santé : le CHU de Dijon, et les CH de Chalon-sur-Saône, Mâcon, Nevers, Sens et Auxerre. Parmi ces projets, certains n'en étaient qu'à l'étude préalable ;

- l'ARH de Haute-Normandie a proposé des opérations dont le projet médical n'était pas arrêté (construction du pôle mère enfant au CH du Havre et le regroupement des CH de Vernon et Evreux), et d'autres dont elle savait que les travaux ne pouvaient être engagés qu'en 2007 (la construction d'un bâtiment central au CHU de Rouen).

C'est d'ailleurs dans ces deux dernières régions que la Cour a constaté de très importants retards dans l'exécution du plan et des dérapages de coûts parfois très élevés.

B – Un financement porté par l'assurance maladie

1 – Un mécanisme financier reposant principalement sur des emprunts aidés

Le plan avait été initialement cadré de manière à financer intégralement l'effort d'investissement supplémentaire réalisé entre 2003 et 2007. Son financement était entièrement à la charge de l'assurance maladie. Compte tenu du coût global, le montage retenu combinait des subventions en capital et des aides à l'exploitation, destinées à faciliter le remboursement des charges d'emprunts (en intérêts et capital), mais aussi à étaler dans le temps la charge financière que sa mise en œuvre représentait pour l'assurance maladie.

Dans le schéma initial, les aides versées aux établissements devaient donc provenir de deux sources :

- 1,5 Md€ de subventions en capital prélevées sur le nouveau fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- 430 M€ d'aides en fonctionnement, prélevées sur l'enveloppe de l'ONDAM hospitalier, permettant de financer 4,5 Md€ d'investissement.

a) Le FMESPP

Le FMESPP a été créé en 2003 pour la mise en œuvre du plan hôpital 2007, par la fusion des fonds de financement d'opérations de modernisation dans les EPS et les cliniques. Ses ressources viennent de contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie. Son montant est fixé chaque année par la LFSS. Il est géré par la caisse de dépôts et consignations (CDC).

En 2003, le FMESPP avait été doté de 300 M€ pour financer l'effort supplémentaire d'investissement résultant du plan. Cet apport en

capital devait permettre aux EPS de financer leurs investissements en limitant le poids de leurs nouveaux emprunts. Quant aux cliniques, le plan prévoyait même de leur affecter prioritairement ces aides en capital pour financer leurs investissements.

b) L'enveloppe de l'ONDAM hospitalier

La majeure partie du financement a été assurée sous la forme d'un droit à une dotation reconductible, sur une durée de 20 ans. Cette dotation était incorporée dans l'allocation de l'ONDAM hospitalier aux établissements.

Dans le cas le plus fréquent (celui d'une maîtrise d'ouvrage publique), 100 € de crédit ONDAM permettent à l'EPS d'emprunter 1205,4 € à 5,5 % sur 20 ans. Ce taux dit de conversion (12,054) n'a été stabilisé officiellement par la DHOS qu'en 2006¹³⁴.

L'emprunt engendre des charges financières d'exploitation que l'aide supplémentaire de l'ONDAM, imputée sur les versements ultérieurs de l'assurance maladie, vise à neutraliser. Ce schéma a été retenu dans un contexte favorable, où le taux de dépendance financière des EPS n'atteignait que 33,2 %¹³⁵ et où les conditions d'emprunt étaient plutôt meilleures que celles envisagées lors de l'élaboration du plan (les taux d'intérêts avoisinaient les 3,5 %).

Ce mécanisme de financement avait des précédents. Les ARH ont accordé en effet des financements spécifiques aux EPS sous forme de compléments à leur dotation, mais ceux-ci n'étaient pas globalement comparables au niveau des aides prévues par le plan hôpital 2007. En effet, le montant prévisionnel des aides était de 430 M€ sur cinq ans et devait permettre, selon la DHOS, de financer 4,5 Md€ d'investissement pour une dotation supplémentaire annuelle moyenne d'environ 86 M€

Le versement des aides a d'abord été effectué sous la forme d'une dotation budgétaire spécifique, puis lorsque la T2A a été mise en place, sous forme d'aides à la contractualisation (AC). L'aide du plan hôpital 2007 a donc été entièrement intégrée soit à la ligne de recettes MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) pour les opérations relevant du secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), soit à la DAF (dotation annuelle de fonctionnement) pour les opérations relatives aux soins de suite et réadaptation (SSR) ou à la psychiatrie.

134. Ce coefficient correspond à l'hypothèse d'un emprunt à 5,5 % sur une durée de 15 ans, amortissable en 20 ans. D'autres hypothèses avaient été retenues par le passé.

135. C'est-à-dire l'encours de la dette rapportée aux capitaux propres, y compris les provisions inscrites en classe 1 assimilées à des fonds propres.

2 – Un dispositif moins contraignant que par le passé

Les modalités de versement des aides ont été assouplies par rapport aux dispositifs antérieurs. D'une part, la CDC pouvait verser la totalité de la subvention du FMESPP, dès lors qu'une facture attestant d'un démarrage des travaux était présentée par l'établissement. Ainsi, celui-ci n'a plus l'obligation de fournir toutes les factures pour commencer à recevoir sa subvention et dispose d'une avance de trésorerie, ce qui a facilité le lancement des projets, répondant ainsi à des critiques déjà formulées par la Cour¹³⁶.

D'autre part, l'aide ONDAM pouvait être versée par l'ARH dès que le financement de l'opération était accepté. Ce mécanisme devait faciliter le lancement du programme d'investissement. Toutefois, tant que les emprunts n'étaient pas effectifs, les aides versées devaient être imputées à un compte spécifique, le compte 158 intitulé « autres provisions pour charges », puis au compte 142 « provision réglementée pour renouvellement des immobilisations », tardivement créé en début d'année 2007. Cette disposition visait à éviter tout détournement des aides pour financer des dépenses d'exploitation.

C – Un pari sur la capacité financière des établissements

1 – Un taux de subvention ramené de 100 % à 43 % dès le démarrage du plan

La plupart des ARH ont présenté des programmes dont le coût prévisionnel dépassait largement le montant indiqué par la DHOS. Or, plutôt que d'écarter des opérations pour respecter l'enveloppe, elles ont minoré le montant de l'investissement aidé. En outre, plutôt que d'obliger les ARH à limiter les projets éligibles au plan, le ministre de la santé a révisé à la hausse la cible du plan, sans pour autant modifier le montant de l'aide. Dès lors, il incombait aux ARH ou aux EPS eux-mêmes de dégager les financements complémentaires.

Pour illustrer ces constats, on rappellera les conditions dans lesquelles les plans des ARH ont été approuvés. Afin que la DHOS fixe pour chaque région le montant définitif de l'aide, les ARH lui ont soumis un plan pluriannuel régional d'investissement (PPRI) pour 2003-2007. Ce PPRI devait comporter à la fois les nouvelles opérations envisagées

136. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 1999, p. 190.

entrant dans le champ du plan et les investissements courants de maintien du patrimoine.

Lors de l'élaboration des projets, les ARH disposaient d'une première estimation de la répartition des 6 Md€ d'aides entre dotations en capital et subventions de fonctionnement. Cette estimation fournie par la DHOS constituait l'« objectif régional pluriannuel d'investissement » (ORPI) cible financé par le plan.

a) Un premier arbitrage correspondant à un taux d'aide de 58 %

Lorsque les ARH ont présenté leurs plans, le montant global de leurs projets d'investissement supplémentaires atteignait 11 Md€. Ces prévisions étant largement supérieures à l'ORPI initial, le ministre de la santé a réévalué l'ORPI cible à 10,259 Md€. Mais cet arbitrage a été rendu sans que le montant des aides soit revu à due proportion. Ainsi, le taux d'accompagnement du plan a été d'emblée réduit à 58 %, ce qui avait pour conséquence d'augmenter le financement à la charge des EPS.

b) Des investissements prévisionnels diminuant le taux d'aide à 43 %

Fait plus inquiétant, l'ORPI cible, soit 10,259 Md€ ne représentait pas la totalité de l'investissement engagé dans le cadre du plan. En effet, dès 2004, le montant prévisionnel des opérations retenues dans le plan atteignait 14,624 Md€ ce qui diminuait d'autant le taux d'accompagnement, qui ne représentait plus que 43 %.

Cet écart, dont le ministère de la santé et en particulier la DHOS n'ignoraient pas les risques, provient de ce que les ARH ont parfois validé des projets comportant un montant d'ORPI cible très inférieur au coût prévisionnel de l'investissement.

L'intégration des dossiers du FIMHO, dispositif d'aide financé par l'Etat qui préexistait au plan hôpital 2007, mais qui représentait un montant bien moins élevé de subvention (504 M€) et d'investissement (1,3 Md€), a été l'un des facteurs de ce dépassement.

La reprise des dossiers FIMHO

Le plan a pris le relais des subventions non encore allouées par l'Etat au titre du FIMHO et des contrats plan Etat régions (CPER) c'est-à-dire de toutes les opérations bénéficiant déjà d'un arrêté de subvention non honoré. Afin d'assurer la continuité des engagements financiers de l'Etat, il a été demandé aux ARH d'intégrer les opérations FIMHO dont les dossiers avaient été acceptés au 31 décembre 2002, mais qui n'avaient pu faire l'objet d'une décision de subvention. Pour les dossiers en cours d'examen, les ARH pouvaient juger de l'opportunité de les financer. Dans

la pratique, elles les ont presque tous retenus et ont complété ce financement par des aides du plan.

Ces programmes représentaient une part non négligeable du plan en nombre d'opérations et en montant d'investissements : 326 opérations sur les 937 retenues, soit 1,3 Md€ en 2003. Fin 2007 ce montant, réévalué en fonction des surcoûts était estimé à plus de 2,3 Md€

2 – Un contexte d'incertitudes sur la situation financière des EPS

En 2003, lors du lancement du plan, comme l'a souligné la Cour¹³⁷, la situation financière des EPS était mal appréhendée du fait de pratiques comptables contestables. Les outils permettant une meilleure appréciation de la situation financière des établissements, à savoir l'EPRD et le PGFP (plan global de financement pluriannuel) n'ont été introduits qu'en 2006, postérieurement à la sélection des projets retenus au titre du plan par les ARH. Par ailleurs, l'outil qui aurait dû permettre aux décideurs d'objectiver les conséquences financières de leurs options n'a été disponible qu'en mai 2007¹³⁸. Ce manque d'instruments n'a pas facilité la réalisation d'études *ex ante*, pourtant nécessaires à l'évaluation des retours sur investissement, lorsque la notion est pertinente¹³⁹.

L'introduction de la T2A, tant dans ses modalités que dans son échéancier, a constitué une autre source d'incertitude. Certes, les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF)¹⁴⁰ mis en place en 2004 pour faciliter la transition, devaient permettre d'assainir les situations financières dégradées. Mais dans ce contexte de multiplication des sources de financement, il était difficile d'analyser les résultats financiers des EPS, notamment d'apprécier leur capacité d'autofinancement (CAF). Du fait de l'imbrication de l'ensemble de ces financements, la CAF

137. Voir chapitre IV sur « la fiabilité des comptes des hôpitaux », dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007.

138. L'élaboration de cet outil dénommé EIFIC-HOS avait été confiée à la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) créée en 2003 pour renforcer l'expertise des directeurs des EPS.

139. Tout investissement ne permet pas nécessairement de retour, ainsi par exemple de travaux de mise aux normes.

140. La circulaire du 14 juin 2004 a prévu une aide nationale non reconductible de 300 M€ destinée à financer les reports de charges des établissements de façon à permettre le passage à la nouvelle tarification « sans passif ».

La répartition de cette enveloppe entre les ARH a été effectuée en tenant compte de la situation financière des établissements de chaque région. Ensuite l'ARH devait répartir l'enveloppe en fonction d'une « analyse approfondie de la situation de chaque établissement » notamment « au regard des effets de la T2A ».

pouvait être surévaluée en raison de reports de charges, voire être faussée par le caractère non-pérenne de certaines ressources, notamment celles accompagnant les contrats de retour à l'équilibre.

II - Le pilotage du plan

Ce contexte financier, comme le dépassement initial des prévisions aurait dû inciter le ministère de la santé à organiser un suivi renforcé du plan. Cela n'a pas été le cas. La DHOS et la MAINH se sont focalisées sur le suivi de l'attribution des aides et sur l'avancement des travaux, mais pas sur le suivi global du plan. Elles ont ainsi incité les EPS à engager rapidement leurs dépenses d'investissement plutôt que de s'assurer de la viabilité financière des projets.

A – Un suivi cloisonné

1 – La création de la MAINH

La MAINH¹⁴¹ est une structure d'appui créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 pour assurer le suivi technique et financier du plan en liaison avec la DHOS et les ARH. Sa mission est triple :

- « faciliter la réalisation et la diffusion de nouvelles modalités de maîtrise d'ouvrage au sein du secteur hospitalier ;
- appuyer techniquement les directeurs d'ARH et les établissements de santé ;
- participer à l'élaboration du cadre juridique et financier du programme, à son suivi et à son évaluation ».

La MAINH est composée d'une équipe de 14 personnes, en plus du directeur. Elle s'appuie sur un réseau de 26 chargés de mission recrutés par les ARH pour veiller à la bonne mise en œuvre des projets du plan, notamment en termes de respect des délais et des coûts. Ces correspondants locaux étaient chargés :

- du contrôle de la gestion du plan. A ce titre ils assuraient le recensement et la remontée régulière vers la MAINH et la DHOS des

141. Le budget de la MAINH s'élevait en 2008 à 5,58 M€, et à 6,12 M€ pour les équipes régionales, soit au total 11,70 M€. Il a augmenté de 19,5 % depuis sa création en 2003 (2,5 M€ pour la mission nationale et 3,5 M€ pour les équipes régionales).

informations nécessaires au suivi de l'avancement physique et financier des opérations du plan ;

- d'appuyer les projets à la demande des établissements, ou de leur propre initiative, de diligenter ou faire diligenter des études et expertises portant sur une opération (par exemple : maîtrise des délais, des coûts, amélioration de la performance du bâtiment) ;
- d'un rôle d'animation de la maîtrise d'ouvrage, en liaison avec la MAINH.

2 – Un suivi partiel assuré par la DHOS et la MAINH

La DHOS a été chargée de la coordination du plan hôpital 2007. La MAINH devait donc lui rendre compte régulièrement des actions qu'elle menait. Mais la répartition des rôles entre ces deux acteurs n'a pas été suffisamment formalisée, malgré la demande de la MAINH fin 2003.

La DHOS a notifié aux ARH le 12 septembre 2003 le montant de leur objectif régional d'investissement (ORPI), le cadrage à cinq ans des aides financières et le montant des aides allouées annuellement. Les règles de gestion de ces aides ont été précisées dans les circulaires budgétaires annuelles.

La DHOS a concentré son suivi sur les aides qu'elle notifiait. Bien qu'elle ait su que le montant du plan dépassait largement l'objectif initial, elle a estimé qu'elle n'avait pas de raison de réglementer le financement de ces investissements supplémentaires. Elle s'en est tenue aux 10,2 Md€ arrêtés de travaux éligibles par le ministre en 2003 et ne s'est pas mise en mesure de suivre la totalité des investissements engagés par les EPS. Mais elle n'a pas pour autant confié à la MAINH cette responsabilité.

Le suivi du plan a été organisé autour de revues annuelles entre la MAINH, les ARH et la DHOS. Ces revues avaient pour seul but de valider les évolutions de l'ORPI cible, de vérifier l'avancement du plan, d'ajuster l'accompagnement des aides en fonction de l'avancement des opérations et de proposer des redéploiements de crédits, en cas d'abandon d'opérations ou de retard d'exécution. La priorité a été de montrer que la dynamique du plan était bien lancée et qu'il ne se substituait pas aux investissements courants que les EPS devaient continuer d'assurer.

Ce suivi partiel, aggravé par une mauvaise gestion de l'outil d'information du plan (voir infra), a pour conséquence qu'en juillet 2009, la DHOS et la MAINH ne sont à même de produire qu'une estimation du coût total des investissements engagés sur la durée du plan. Les seules données disponibles proviennent de la direction générale des finances publiques (DGFIP). Mais elles globalisent tous les investissements, y

compris ceux courants. Il n'existe donc aucune information précise sur l'état d'avancement des opérations en cours et sur la part relevant du plan.

3 – L'interventionnisme sélectif du ministère de la santé

Alors que, dans le cadre du plan, les aides avaient été fixées à 6 Md€ puis réparties entre les régions après les arbitrages du ministre de la santé en 2003, des aides complémentaires ont été attribuées ultérieurement de manière sélective à certains EPS, suite à des interventions directes des ministres en exercice.

Le montant total de ces soutiens atteint, selon les estimations de la Cour, 580 M€ soit 10,2 % du montant total des aides du plan.

Les CHU et les CHR ont été les principaux bénéficiaires de ces aides directes. A titre d'exemple, le CHU de Toulouse a reçu 9,1 M€ le CHR d'Orléans 10 M€ le CHU de Reims 4,6 M€ sous forme d'aides reconductibles. Le CHU de Caen (4,6 M€) et de Montpellier (13 M€) ont reçu des aides non reconductibles. Ces aides ont souvent été versées en fin de plan.

4 – L'action des ARH

Les ARH ont disposé d'une grande liberté dans le choix des opérations, la gestion des aides et le suivi du plan. D'une part elles ont pu apporter des financements complémentaires aux EPS grâce aux marges de manœuvre qu'elles s'étaient constituées, d'autre part elles ont pu décider de leur propre politique vis-à-vis des cliniques.

a) L'attribution d'aides supplémentaires à certains EPS

L'enquête a confirmé que les ARH disposaient de moyens financiers propres, constitués parfois de longue date, par prélèvement sur les allocations de ressources aux établissements. Ainsi l'ARH d'Aquitaine avait instauré un prélèvement dit de solidarité depuis 1997. Elle a accordé ainsi 13,9 M€ supplémentaires aux EPS, en concentrant ses aides sur les opérations majeures (CHU de Bordeaux, CH de Bayonne, de Pau, de Libourne, Périgueux, Dax, Mont-de-Marsan et Agen). L'ARH de Rhône-Alpes a constitué sa marge par un prélèvement sur les allocations hospitalières et sur des crédits fléchés attribués par la DHOS. Ceci lui a permis d'allouer une aide en crédits reconductibles supérieure à celle apportée par le plan lui-même (47,9 M€ pour une aide ONDAM de 39 M€). Les deux autres ARH (Bourgogne et Haute-Normandie) ont également constitué ponctuellement des marges de manœuvre financière, en n'affectant pas tous les crédits fléchés attribués par la DHOS.

b) Un soutien financier aux cliniques inégal

La DHOS a encadré le montant global des aides en capital allouées aux cliniques. Elle a demandé que le taux de l'aide tienne compte de leur part dans la dotation budgétaire régionale et dans l'activité régionale. Elle a été très vigilante sur le respect de ces critères. Ainsi elle a demandé en 2003 à des ARH de revoir à la hausse leurs aides pour les cliniques. En revanche elle n'a donné aucune directive sur le taux d'accompagnement qui pouvait leur être appliqué.

Dès lors, chacune des ARH a déterminé sa propre politique. Ainsi l'ARH d'Aquitaine a plafonné le montant de l'aide à 30 % du montant total de l'investissement et n'a retenu que des projets correspondant à des regroupements actés par le SROS. L'ARH de Haute-Normandie a soutenu un projet de reconstruction au Havre et un regroupement à Dieppe, mais en plafonnant les aides à 15 %. L'ARH de Rhône-Alpes a sélectionné de façon stricte des projets inscrits dans le SROS, mais les a financés à hauteur de 50 %. Enfin l'ARH de Bourgogne a appliqué un taux uniforme de 20 %.

B – Une gestion et un suivi du plan centrés sur le rythme de la dépense

1 – Un suivi axé sur le niveau de réalisation du plan cible plutôt que sur la viabilité des projets

Les ARH ont été encouragées à obtenir un « effet levier » maximal sur le niveau des investissements, au delà des 30 % prévus initialement. Mais à aucun moment la question du financement de ces investissements supplémentaires n'a été posée. Bien au contraire la MAINH s'est toujours félicitée de l'augmentation des investissements et la DHOS ne s'est pas inquiétée des conséquences de cette évolution.

Des faiblesses dans le montage financier des projets ou des doutes quant à leur viabilité avaient pourtant pu être recensés. Dès 2004¹⁴², la MAINH identifiait en effet 39 établissements pour lesquels une opération importante présentait des risques financiers, soit que l'EPS rencontre des difficultés pour assurer son équilibre d'exploitation, soit que les ARH aient souligné la fragilité du plan de financement. Le CH de Bayonne (Aquitaine), le CHU de Dijon et le CH de Chalon-sur-Saône (Bourgogne), le CH de Rouen et le CH du Havre (Haute-Normandie) et

142. Note n° 0457 du 12 juillet 2004 au ministre de la santé. Dossier d'analyse de la revue 2004 intitulé « synthèse de la MAINH ».

les CH de Villefranche-sur-Saône, le CHU de Saint-Etienne (Rhône-Alpes) font partie de cette liste. Cette liste a été actualisée chaque année lors des revues, mais les opérations concernées n'ont pas fait l'objet d'un suivi particulier de la part des ARH, de la MAINH ou de la DHOS. La plupart de ces opérations ont connu soit des retards d'exécution, soit d'importants dépassements de coûts. Aucune n'était achevée fin 2008.

2 – L'absence de prise en compte du retour sur investissement

La rentabilité économique des projets (rapport coût/bénéfice) n'a pas figuré parmi les critères de sélection des opérations. Cependant la circulaire du 15 octobre 2003 avait précisé que le « plan hôpital 2007 devait contribuer à l'amélioration de la productivité des établissements de santé ». Elle demandait donc aux ARH de faire mentionner par les EPS les économies nettes attendues sur les dépenses de personnel et d'exploitation courante.

Faute d'outil, cette disposition n'a pas été appliquée. Les contrats signés avec les EPS dans les quatre régions examinées ne mentionnent aucune économie à attendre.

3 – Une attention insuffisante aux conséquences financières

Comme il a été indiqué, le financement du plan par subvention en capital était minoritaire. Le Parlement a accentué ce déséquilibre en décidant dans la LFSS de 2006 de transférer une partie du FMESPP sur l'ONDAM : la dotation du FMESPP a été ramenée de 300 M€ à 100 M€¹⁴³. Cette décision a été soutenue par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS), au motif qu'en diminuant les apports en capital, les EPS devraient davantage s'interroger sur la pertinence de leurs investissements.

Comme l'indique le tableau ci-après, les EPS ont donc reçu moins de subventions d'investissement que prévu. Les cliniques, en revanche, ont été peu concernées par cette décision car elles ont été prioritaires sur les affectations des fonds restants du FMESPP. Ainsi, dans les quatre régions étudiées, les ARH n'ont pas réduit les subventions prévues.

143. Article 61 de la LFSS pour 2006.

Les investissements par types d'établissements et mode de financement

En M€ (arrondi au chiffre supérieur)

Type d'établissement	ORPI cible	FMESPP cible	FMESPP versé	ONDAM cible	ONDAM versé
Cliniques	1 553	411	399	2,5	1
PSPH ¹⁴⁴	1 003	137	86	41,5	41
EPS	7 256	862	533	395	376
Total	9 812	1 410	1 018	439	418

Source : MAINH janvier 2009

4 – Une gestion du plan peu rigoureuse

La circulaire du 15 octobre 2003 prévoyait une restitution des aides en cas d'abandon d'une opération ou de retard d'engagement supérieur à un an. De fait, des aides libérées à ce titre ont été réutilisées au sein de la région ou entre régions. Ainsi ces retraits ont permis de mieux financer d'autres projets.

Mais la DHOS n'a pas en général appliqué cette procédure, alors que cela aurait permis d'imposer aux EPS plus de rigueur dans la gestion de leurs projets.

Dans les quatre ARH étudiées, il n'y a pas eu restitution de crédits pour cause de retard, mais accord entre les EPS et l'ARH sur un report de calendrier d'exécution. Or il y avait parfois matière à s'interroger sur la poursuite de certaines opérations. Peuvent ainsi être citées à titre d'exemple l'hôpital de Chalon-sur-Saône, dont la reconstruction n'a débuté qu'en janvier 2008 ; le pôle mère enfant du CH d'Auxerre, en gestation depuis 2003 et retenu à nouveau de manière dérogatoire dans le cadre du plan Hôpital 2012 ; le projet de construction du bâtiment central du CHU de Rouen, dont la fin des travaux, non commencés en octobre 2008, est prévue pour 2012 ; la reconstruction du CH de Bourgoin-Jallieu sous forme de bail emphytéotique hospitalier qui n'a débuté qu'en 2008 et dont certaines activités devront être reconfigurées lors de sa mise en service.

La Cour constate que plusieurs des opérations citées ci-dessus ont été lancées en 2008, au mépris des règles fixées au début du plan, qui visaient à une mise en œuvre des projets sur la durée du plan.

Les seuls abandons de projets dans ces quatre régions ont eu lieu en Aquitaine (CH de Villeneuve-sur-Lot) et en Haute-Normandie

144. Etablissements participant au service public hospitalier.

(clinique du Petit Colmoulins, à Harfleur). Ces opérations n'avaient fait l'objet d'aucun versement de crédits.

La DHOS a indiqué à la Cour que « le bilan définitif du plan hôpital 2007 déterminera s'il y a nécessité d'appliquer la procédure de restitution ». La Cour recommande la mise en œuvre de cette procédure, d'autant plus que certaines opérations majeures récemment engagées ne se termineront pas avant plusieurs années.

C – L'insuffisance des outils de suivi

1 – Un outil de suivi peu exploitable

La MAINH devait concevoir et alimenter un outil de suivi des opérations (état d'avancement, dépenses réalisées et consommation des aides) et d'agrégation des données nationales et régionales pour comparer les prévisions aux réalisations sur les plans techniques et financiers.

Or cet outil dénommé SIDONIH (système d'information des données nationales de l'investissement hospitalier) s'est avéré trop complexe et dépourvu de règles précises d'utilisation. La MAINH n'a stabilisé qu'en 2006 la définition des champs à remplir et a laissé trop de latitude aux ARH sur le périmètre de suivi des dépenses engagées par les établissements.

Le suivi du plan a par exemple reposé sur un indicateur, l'ORPI cible, dont le montant devait correspondre à celui notifié aux ARH par la DHOS en octobre 2004. Ce montant ne pouvait pas, en principe, être modifié car il servait de base de calcul pour le suivi national du plan. Or il a été modifié dans les régions étudiées. Le système SIDONIH permettait pourtant de prendre en compte les évolutions des opérations (retrait, ajout ou modification du montant de l'aide cible) grâce à la notion d'ORPI ajusté, fonctionnalité semble-t-il non utilisée.

Par ailleurs SIDONIH permettait de suivre les dépenses réellement payées par les établissements dans le cadre du plan. Or, les pratiques des ARH ont obéré l'utilité de cette base consolidée. Ces dernières ont en effet soit plafonné les montants engagés au niveau de l'ORPI cible, soit inscrit les dépenses réellement engagées par l'établissement dans le cadre du plan (ORPI constaté).

Considérée comme une région à part entière pour tout ce qui concerne le plan, l'AP/HP a fait l'objet d'un traitement spécifique qui a eu des incidences sur la fiabilité des données disponibles. En effet, l'AP/HP, malgré les relances de la MAINH, n'a alimenté que partiellement le logiciel. Alors que la DHOS lui a notifié un ORPI cible de

488,8 M€ en octobre 2007 et que le montant de ses investissements sur la période est estimé à 872 M€, elle n'a porté qu'un montant d'ORPI constaté de 8,4 M€ et n'a pas indiqué le montant des aides perçues.

Le traitement statistique des opérations FIMHO : un exemple de dysfonctionnement

Pour les opérations relevant du FIMHO, la MAINH et la DHOS ont demandé aux ARH de n'inscrire dans l'ORPI cible que le montant des aides, qui n'a donc pas de lien avec le montant de l'opération.

De plus, contrairement aux consignes, les ARH n'ont pas comptabilisé de manière homogène le montant des opérations FIMHO. L'ARH d'Aquitaine a inscrit seulement le montant financier des crédits de paiement qui restaient dus pour les opérations achevées, les autres étant traitées comme des opérations du plan. La Bourgogne a distingué un montant d'ORPI cible et un montant total de l'opération. L'ARH de Haute-Normandie a traité différemment les opérations FIMHO selon qu'elles avaient déjà fait ou non l'objet d'un arrêté. Dans le dernier cas elle a distingué un montant d'ORPI cible et un montant d'opération, dans l'autre cas elle a porté seulement le montant de la subvention dans l'ORPI cible. L'ARH de Rhône-Alpes a procédé de la même manière. Ces pratiques divergentes ont ôté toute cohérence à la base SIDONIH.

Enfin, la Cour observe que la MAINH lui a fourni trois bilans du plan différents entre juillet 2008 et janvier 2009, ce qui illustre le manque de fiabilité des données restituées par l'outil SIDONIH.

La MAINH tente de remédier à ces dysfonctionnements pour le suivi du plan Hôpital 2012, mais aucune décision n'était prise en avril 2009, alors que ce nouveau plan venait d'être lancé.

2 – Une absence d'indicateurs

Aucun indicateur n'avait été fixé pour apprécier la réalisation des objectifs du plan. Les avenants signés entre les ARH et les EPS ne comportaient pas d'objectifs contractualisés permettant d'évaluer l'impact du plan. L'évolution des taux de vétusté ou de mise aux normes, le nombre de chambres individuelles ou de sanitaires, les économies réalisées sur la maintenance, le nombre de blocs opératoires reconstruits auraient pourtant pu constituer autant d'indicateurs adaptés.

Les ARH n'avaient pas à produire d'analyse sur l'évolution des effectifs ou sur les améliorations apportées dans la prise en charge des patients. La MAINH n'a pas non plus développé de ratios permettant de comparer les situations avant et après investissement pour des activités comparables, ou d'apprécier le caractère réaliste des coûts d'investissement.

Cette absence d'indicateurs a ensuite rendu plus difficile l'établissement d'un bilan provisoire. Elle a sans doute contribué à justifier le recours à un prestataire de service, d'un coût conséquent¹⁴⁵, pour évaluer les effets du plan. Pour autant, cette évaluation n'était toujours pas diffusée en mars 2009 car elle n'avait pas été validée par le comité de pilotage¹⁴⁶ mis en place pour participer à son élaboration.

III - Le bilan contrasté du plan de relance des investissements

Au-delà du bilan quantitatif, la Cour a cherché à apprécier si les résultats ont été à la hauteur des objectifs initiaux au plan qualitatif et si ces investissements ont contribué efficacement à la politique hospitalière voulue par les concepteurs du plan hôpital 2007.

A – Une forte relance de l'investissement

1 – Des dépenses d'investissement estimées à 16 Md€

Le montant des dépenses du plan n'est pas connu précisément. La MAINH l'évalue à 16 Md€, mais ce chiffre est sous-estimé car il n'inclut pas le coût total des nombreuses opérations en cours de réalisation, ni le montant exact des opérations FIMHO intégrées dans le plan.

145. La MAINH a retenu un prestataire extérieur privé et a notifié un premier marché le 20 mars 2008 pour un montant de 125 580 € TTC qui a été ensuite porté à 145 912 € TTC. Cette augmentation de 16 % a été justifiée par « les modifications successives apportées à l'échantillon retenu initialement et des difficultés non prévisibles rencontrées dans l'extraction des données ».

146. Le comité était constitué de représentants de la DHOS, des ARH, et de la MEAH et de membres de la MAINH.

Les montants d'investissement du plan Hôpital 2007

En M€ (arrondis à l'euro supérieur)

Type Etablissement	ORPI plan cible	ORPI constaté (1)	Aide FMESPP versée	Aide ONDAM versée	Aides attribuées (FMESPP + ONDAM)	Montant final de l'investissement
Cliniques	1 553	1 631	399	1	411	1 906
PSPH	1 003	919	86	41	580	1 375
EPS	7 256	5 764	533	376	5 054	12 732
dont AP-HP	494	8,3	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	872
Total	9 812	8 314	1 018	418	6 057	16 013

Source : MAINH janvier 2009¹⁴⁷

(1) L'ORPI constaté correspond aux dépenses engagées par l'établissement

Comme l'indique ce tableau, les établissements publics de santé (EPS) présentent l'écart le plus important entre les montants initialement prévus et les réalisations. Selon la MAINH, ils ont investi plus de 12,7 Md€ pour un montant d'aide notifié de 533 M€ en capital et 376 M€ en ONDAM soit l'équivalent de 5 Md€¹⁴⁸. Ils ont donc financé 7,7 Md€ sur leurs fonds propres.

Le taux de subvention du plan s'élève pour les EPS à 39 % (5 Md€ / 12,7 Md€ investi), et pour l'ensemble des établissements il se situe à environ 37,5 % (6 Md€ / 16 Md€). Ce taux est très inférieur à celui annoncé en 2003.

Dans les régions étudiées, les taux de soutien à l'investissement (aide constatée/montant final ou estimé), hors soutien ministériel ponctuel, sont très disparates et sont parfois très inférieurs au taux moyen. Ainsi, en Bourgogne, le taux atteint seulement 19 %, en Haute-Normandie, il est de 26,5 %. En revanche il atteint 45,9 % en Rhône-Alpes et 52,3 % en Aquitaine.

2 – 123 opérations de reconstructions partielles ou totales

Selon la MAINH, 123 opérations de reconstruction ou de restructuration partielles ou entières ont été engagées, pour un montant total de 5,6 Md€ et un ORPI cible de 3,1 Md€

147. Des données plus récentes, d'un niveau proche, mais non détaillées, ont par la suite été transmises. Du fait de l'absence de décomposition des investissements, elles n'ont pas été retenues.

148. L'aide ONDAM est multipliée par le coefficient de 12,054 qui a été retenu lors du cadrage du plan. Les 375 M€ permettent d'emprunter 4,52 Md€

Le coût des 123 reconstructions*En M€*

Nombre opérations	ORPI - plan cible	ORPI - constaté	Montant final
123	3 135	2 677	5 607

Source : MAINH 2009

Dans les régions examinées, on dénombre plusieurs reconstructions, terminées ou encore en cours :

- en Aquitaine, la reconstruction partielle des CH de Périgueux et de Bayonne et la restructuration du plateau technique du CH de Pau ;
- en Bourgogne, les reconstructions des CH de Chalon-sur-Saône, d'Autun, de Paray-le-Monial, et du CHS de l'Yonne à Auxerre ;
- en Haute-Normandie, la reconstruction du CH d'Evreux et la restructuration du pôle mère enfant du Havre ;
- en Rhône-Alpes, les reconstructions des CH de Bourgoin-Jallieu et d'Annemasse-Bonneville, du CH de Valence, du Haut-Bugey, la restructuration du CH de Villefranche-sur-Saône, le pôle mère enfant du CH de Roanne et les restructurations des CHU de Grenoble et Saint-Etienne.

Enfin, plusieurs cliniques ont été entièrement reconstruites dans les régions examinées par la Cour : deux en Aquitaine, deux en Bourgogne, deux en Haute-Normandie et cinq en Rhône-Alpes.

3 – Un bilan d'ensemble difficile à établir

Selon le bilan établi par la MAINH en mai 2009, le nombre d'opérations financées aurait doublé, passant de 937 en 2003 à 1 927 en 2007, dont 1 049 opérations immobilières. Cette augmentation serait due à des ajouts d'opérations dans trois régions : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Alsace, qui disposaient d'un volet financier non affecté au moment du lancement du plan concernant des cliniques. A partir des données enregistrées dans SIDONIH, la Cour observe toutefois que seuls deux ajouts d'opérations sont listés (pour 40 retraits). Ils ne peuvent à eux seuls expliquer cet écart.

Par ailleurs, 183 opérations immobilières hors AP/HP, n'étaient pas achevées en janvier 2009. Elles correspondent à un montant de 5,5 Md€ restant à mandater. Leur montant total est estimé à plus de 9,8 Md€, mais rien ne permet d'affirmer que cette évaluation est définitive. En effet les opérations concernées sont souvent des opérations importantes de reconstruction, menées par les CHU et les CH. Or,

certaines font l'objet de révisions consécutives à des problèmes budgétaires.

Pour toutes ces raisons, la Cour constate que le bilan financier du plan sera difficile à établir, notamment parce que les opérations qui ont démarré après la fin du plan peuvent encore connaître des aléas, alors que certaines courent jusqu'en 2015, c'est-à-dire bien au-delà de la fin du deuxième plan hôpital 2012.

B – Des objectifs partiellement atteints

Au regard des sommes investies, la mise en œuvre du plan hôpital 2007 appelait un bilan qualitatif complet. En son absence, les données disponibles permettent seulement d'esquisser les contours.

1 – Le taux de vétusté

Le taux de vétusté avait été l'un des critères retenus pour fixer le montant des aides dans les régions. Mais il n'a fait l'objet d'aucun suivi. Au demeurant il n'existe actuellement aucun indicateur fiable sur son évolution, les seules données comptables disponibles n'étant pas assez significatives.

2 – La mise aux normes des EPS

La modernisation des EPS devait leur permettre de mieux respecter les normes de sécurité. Avant le plan, 24 % des CHU avaient reçu un avis défavorable des commissions locales de sécurité. Selon l'enquête réalisée auprès des ARH par un prestataire de service, il resterait 18 % d'EPS nécessitant d'importants travaux de mise aux normes de sécurité.

3 – Des investissements entraînant des dépenses de fonctionnement supplémentaires

A la demande du Parlement, la MAINH a fait réaliser en 2005 une étude spécifique sur le « retour sur investissement dans le plan hôpital 2007 ». Cette étude, la seule effectuée pendant le plan, a porté sur 166 établissements, mais à un moment où seuls 9 % d'entre eux avaient mis en service leur investissement.

Cette enquête constatait une augmentation brute d'environ 8 % du nombre de salles d'opérations, concentrée dans les grandes régions. Elle notait également une réduction du nombre de services d'environ 10 %, mais une augmentation des surfaces immobilières, évaluée à un peu plus

de 10 % (de 26 000 à 28 000 m² SDO [surface dans œuvre]). Enfin dans 55 % des cas, les établissements prévoyaient une augmentation future d'effectifs de 2,8 % à l'occasion de la mise en service des nouveaux équipements. Ces constats n'ont fait l'objet d'aucun suivi particulier et n'ont pas été actualisés depuis lors, du moins à partir d'un échantillon significatif d'établissements.

4 – Un faible nombre d'opérations de coopérations ou de regroupements internes

Selon la MAINH, 235 opérations dont 170 immobilières, auraient permis de regrouper des établissements sur un seul site ou d'initier des complémentarités entre secteurs public et privé. Le mode de comptabilisation retenu recouvre cependant des opérations de nature et d'ampleur très différentes : regroupement interne, mise en conformité ou aménagement de locaux, rapprochement d'établissements, ou recomposition de l'offre avec suppression d'établissements. De plus, en raison de divers doubles décomptes ou de référencements inexacts, ce dénombrement reste sujet à caution.

Ces regroupements sont intervenus pour plus de la moitié dans le secteur privé, ce qui conforte le constat fait par la Cour sur le retard pris par les EPS en matière de restructurations¹⁴⁹.

Les opérations dites de complémentarité entre le public et le privé ont été les plus nombreuses en Bretagne, en Lorraine, en Pays-de-Loire et en Picardie. Dans les quatre régions étudiées, seules deux opérations ont été recensées et sont en cours : la constitution d'un pôle de cardiologie public/privé au CH de Bayonne (Aquitaine) et la création du médipôle de l'Isère à Bourgoin-Jallieu (Rhône-Alpes). Là encore, aucun élément n'est disponible pour évaluer l'impact de ces diverses opérations en termes d'économies ou d'optimisation des moyens.

C – Un risque d'aggravation des difficultés budgétaires dans certains EPS

1 – Un calendrier de réformes mal coordonné

Les réformes envisagées dans le cadre du plan global hôpital 2007 (tarification à l'activité, transformation de la planification sanitaire pour favoriser les complémentarités et les collaborations, réforme de l'organisation interne des EPS) devaient aboutir à une meilleure

149. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2008, p. 287 et suivantes.

régulation des dépenses hospitalières, en combinant rationalisation de l'offre de soins et optimisation des dépenses. Alors que la relance des investissements aurait dû venir en appui de ces objectifs, elle les a précédés, ce qui n'était pas de nature à inciter les EPS à adapter leurs infrastructures à leur activité, ni à se préoccuper des retours sur investissement. Au contraire cela a encore plus fragilisé certains établissements, lorsqu'ils ont engagé des projets trop ambitieux, ou mal évalué leur incidence financière.

L'introduction de l'EPRD en 2006 seulement a ensuite objectivé les difficultés financières dans lesquelles se trouvaient un certain nombre d'EPS. Par ailleurs, les hypothèses de travail sur la T2A montraient que seuls 57 % des EPS devaient être « gagnants » dans cette réforme. Faute d'avoir dès l'origine adapté les aides ou les conditions de leur attribution à la situation de ces établissements, ces constats auraient dû inciter la DHOS, la MAINH et les ARH à resserrer le pilotage du plan et à réexaminer le dimensionnement des projets des EPS considérés comme perdants à la T2A, ce qui n'a pas été effectué.

2 – Des projets mal dimensionnés

Les ARH ont parfois procédé à la redéfinition ou à une réévaluation des projets rencontrant des difficultés d'exécution. Ces recadrages ont consisté à rediscuter du bien fondé des projets ou à les redimensionner. Toutefois, plusieurs projets ont été revus à la hausse dans les régions étudiées, alors même que l'établissement n'était pas en mesure de les financer.

Dans d'autres cas, le dimensionnement des projets ne reposait pas sur une analyse prévisionnelle solide de l'évolution de l'activité ou ne prenait pas assez en compte la concurrence d'autres établissements. A titre d'exemple, on citera le nouveau pôle mère-enfant du CH du Havre, projet jugé surdimensionné par la CRC de Haute-Normandie¹⁵⁰, qui relevait qu'il reposait sur une prévision d'activité de 4 000 accouchements par an, soit une augmentation de près de 33 % par rapport à l'activité actuelle. Cette prévision semble irréaliste en raison de l'offre de soins existant dans d'autres établissements du secteur. En outre le transfert des services de pédiatrie et de maternité, localisés au Havre dans

150. Selon l'avis rendu le 15 septembre 2008 suite à la saisine de la CRC par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie en application des dispositions de l'article L. 6143-3 II du Code de la santé publique afin d'évaluer, sur la base de l'exercice 2007, la situation financière du groupe hospitalier du Havre et de lui faire part des mesures en vue du redressement de l'établissement.

le nouveau pôle nécessitera des moyens supplémentaires (brancardiers, agents de maintenance...) qui pèseront sur les charges d'exploitation.

Tirant sur ce point les leçons du premier plan, le plan hôpital 2012 semble avoir pris en compte la nécessité de mesurer en amont le retour sur investissement des projets. Afin de sélectionner les projets, la DHOS a imposé aux ARH de lui fournir un dossier type par projet immobilier, comportant notamment des éléments sur la capacité de l'EPS à porter financièrement l'opération et sur l'impact des investissements sur son exploitation future.

3 – Un accroissement du recours à l'emprunt

La DGFIP estime que la situation financière des EPS est marquée en 2008¹⁵¹ « par le recul de l'autofinancement du fait de l'augmentation plus importante des charges d'exploitation que des produits, par des dépenses d'équipement toujours dynamiques au terme du plan hôpital 2007 », ce qui explique selon elle le recours accru à l'emprunt des EPS.

Le tableau présenté ci-dessous montre d'une part que la capacité d'autofinancement (CAF) des EPS en 2007 est revenue à son niveau de 2003, alors que les dépenses d'investissement ont progressé nettement pendant le plan et que l'encours de la dette a augmenté de 6,6 Md€. Le taux de dépendance financière des EPS est ainsi passé de 33,2 % en 2004 à 40 % en 2007¹⁵².

Dans un contexte où la capacité d'autofinancement des EPS ne s'améliorait pas, sans que l'on puisse savoir si cette évolution était due à une insuffisance de recettes ou à une trop forte augmentation de leurs charges par rapport à l'activité, la Cour estime que le non respect du cadrage initial du plan a accru la dépendance financière des EPS. Certains d'entre eux ont même eu recours à des emprunts à risque¹⁵³ dont le suivi leur est difficile car ils sont indexés sur des paramètres qui ne leur sont pas familiers.

151. DGFIP : première tendances 2008 des finances locales, janvier 2009.

152. Le taux de dépendance financière exprime le rapport entre dettes consolidées et capitaux permanents.

153. Rapport public annuel 2009 (première partie, p. 254 et suivantes).

L'évolution du financement des investissements

En M€

Libellé	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Capacité d'autofinancement (1)	2 627	2 814	3 478	3 093	3 047	2 877	15 311
Plus-values de cessions (2)	92,3	49,9	196	77,3	41,5	60,9	426
Subventions d'équipement reçues (3)	206	269	399	399	283	316	1 668
Financements d'investissements (1)+(2)+(3)	2 926	3 132	4 075	3 570	3 372	3 254	17 405
Dépenses d'investissement (hors placements budgétaires)	3 129	3 646	4 418	4 794	5 345	5 617	23 822
Encours de la dette (situation au bilan)	9 235	9 798	10 909	11 962	13 504	15 874	6 639

Source : DGFIP : données au 31 août 2008.

Hors que les opérations du plan hôpital 2007 ne sont pas toutes terminées, même si les aides ont été versées en totalité, au fur et à mesure des travaux, les EPS continuent, voire commencent à rembourser des annuités d'emprunt. En outre, à partir de 2010, les premiers effets du plan hôpital 2012 se feront sentir. Au total, si les CAF ne s'améliorent pas significativement dans les années à venir, la situation financière des EPS risque de se dégrader encore plus.

Ainsi, l'insuffisante maîtrise du plan a contribué, certes parmi d'autres facteurs, à la dégradation de la situation financière des EPS, et en particulier des CHU, qui ont eu une politique intensive d'investissements sur la période 2003-2007.

4 – Le cas particulier des CHU

Les CHU se trouvent généralement en situation plus délicate, bien qu'ils aient bénéficié d'un taux d'accompagnement supérieur aux autres EPS. Ainsi, leur taux de dépendance financière est passé de 31,1 % en 2004 à 45,1 % en 2007.

Le CHU de Dijon illustre bien ce constat avec l'opération de restructuration, « le Bocage central ». Celle-ci est passée de 185 M€ en 2004 à 248 M€ en 2007, soit une augmentation de 34 %. Alors qu'il a bénéficié d'un soutien massif de l'ARH de Bourgogne qui lui a apporté

l'équivalent de 129 M€ soit presque le double du plan, la CRC¹⁵⁴ constate une dégradation de sa CAF. Ses investissements ont été financés par emprunt à hauteur de 59 % contre 32 % pour la période 1996-2000.

Dans l'ensemble, fin 2007, de nombreux CHU ont une CAF nette¹⁵⁵ qui baisse par rapport à 2006, alors même que leurs travaux ne sont pas terminés.

SYNTHESE

Le plan hôpital 2007 a contribué à moderniser le parc hospitalier et à l'adapter aux normes, tout en améliorant l'accueil des patients et les conditions de travail des personnels. Le rythme des dépenses consacrées aux nouveaux investissements a atteint un niveau élevé, correspondant à 3 Md€ par an contre 1,1 Md€ au début des années 2000.

Le gouvernement a décidé de prolonger cette dynamique en lançant un nouveau plan sur la période 2008-2012. L'effort d'investissement porte sur 10 Md€ avec un financement de 5 Md€ reposant de nouveau majoritairement sur l'emprunt aidé.

La sélection des projets entend remédier aux principales faiblesses constatées pour le plan hôpital 2007. Ainsi l'accent a été mis sur la recherche de l'efficacité, sur l'opportunité stratégique des projets, sur leur cohérence avec l'équilibre financier d'exploitation, ainsi que sur l'exigence de retours sur investissement. L'accompagnement des opérations de restructuration est une priorité.

La Cour constate toutefois que 279 projets ont été retenus pour la première tranche du plan hôpital 2012, dont plus de 100 projets immobiliers, ce qui est à nouveau élevé. Elle s'interroge sur le bien fondé de plans qui conduisent le plus souvent à une « politique de guichet », alors qu'il conviendrait de réserver les financements à un nombre d'opérations plus limité, dont il peut être démontré que les objectifs sont en phase avec la politique hospitalière poursuivie.

Elle relève également que cette relance s'est effectuée sans que le pilotage par le niveau national soit clarifié et que les modalités de suivi soient revues, notamment pour les opérations les plus importantes. Les travaux d'amélioration de l'outil SIDONIH, qui a été l'une des sources des difficultés observées dans le suivi du plan semblent paralysés. Par ailleurs,

154. Relevé d'observations définitives du 11 juillet 2008 portant sur les exercices de 2002 à 2007.

155. CAF après le remboursement des annuités d'emprunt, emprunts destinés pour l'essentiel au financement des investissements.

aucune analyse n'a été réalisée sur les besoins de renforcement en expertise au niveau des ARH pour le suivi des projets.

La Cour rappelle que les opérations les plus importantes du plan hôpital 2007 ne sont pas terminées et continuent de générer des charges financières. Devant ces constats, il apparaît prioritaire de solder le plan hôpital 2007, d'instaurer une méthodologie de suivi des projets importants déjà sélectionnés pour 2012, enfin de clarifier les modalités de pilotage du nouveau plan.

RECOMMANDATIONS

17. Pour les opérations relevant du plan hôpital 2007, réexaminer les projets peu ou pas avancés à ce jour afin de déterminer s'il y a lieu d'appliquer la procédure de restitution des crédits.

18. Pour le plan hôpital 2012 :

a) dans la phase de sélection des projets, intégrer les perspectives d'activité des établissements pour apprécier le calibrage des opérations d'investissements ;

b) organiser un suivi spécifique des opérations dépassant 50 M€ par exemple ;

c) définir des indicateurs de suivi des investissements hospitaliers et bâtir un outil permettant de recueillir auprès des ARH ou des futures ARS des informations homogènes et validées, notamment du point de vue du retour sur investissement.
