



Inspection générale
des affaires sociales
RM2013-032P

Inspection générale
des finances
N°2012-M-072-02

Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

TOME I VOLUME I RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Dr. Pierre ABALLEA
Patrice LEGRAND
Arnaud VANNESTE

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Pierre COLLETTE
Stagiaire

Didier BANQUY
Inspecteur général des finances

Pierre PAINAULT
Inspecteur des finances

- Mars 2013 -

SYNTHESE

- [1] Ce rapport examine les moyens de maintenir la capacité d'investir de l'hôpital, aussi bien au niveau microéconomique que macroéconomique. L'investissement est, en effet la respiration du système hospitalier, le gage de son aptitude à s'adapter et à se transformer. Contrairement à ce qui est parfois avancé, même la mise en œuvre de solutions moins coûteuses passe par l'investissement.
- [2] Si dans sa conception initiale, le plan H2007 était justifié (montant d'investissement supplémentaire intégralement financé par les aides du plan ; financement ciblé sur des opérations de recompositions de l'offre de soins ; petit nombre d'opérations), dans la pratique le nombre d'opérations a été augmenté tandis que les aides restaient au même niveau, déséquilibrant les opérations par un recours accru à l'endettement et suscitant un effet d'aubaine. Le plan H2012 s'est monté plus encadré dans son accès mais s'est largement évanoui en cours de route faute de financement. Au final, le doublement du montant de l'investissement hospitalier au cours de la période 2002-2012, en partie du fait des plans H2007 et H2012, a notamment eu les conséquences suivantes :
- le surcroît d'investissement a été financé par un recours massif à l'endettement, saturant ainsi en partie la possibilité de recours à l'emprunt pour les investissements à venir, d'autant que la situation bancaire est délicate ;
 - la capacité des établissements à financer leurs investissements passés et futurs, i.e. la marge brute non aidée, réduite par l'investissement massif sans une maîtrise correspondante de la gestion interne, reste encore très insuffisante ;
 - il reste néanmoins des opérations inéluctables à financer, mise aux normes de sécurité (désamiantage et mise aux normes parasismiques uniquement) ou vétusté devenant critique ;
 - la restructuration de l'offre de soins n'a pas été menée à son terme et certaines grosses opérations de regroupement restent à financer.
- [3] Pour faire face à cet apparent antagonisme entre une pénurie de financements et des besoins manifestes d'investissement, le pilotage, le financement et la conduite de l'investissement doivent se restructurer selon les axes suivants :
- **Etre plus sélectif dans le choix de l'investissement**
- [4] Cette contrainte s'impose d'elle-même puisque les financements ne sont pas disponibles en quantité suffisante et dans un calendrier suffisamment contracté pour répondre à tous les besoins d'investissement ;
- *Prioriser les projets en mettant les ARS sous contrainte au centre du processus d'investissement*
- [5] Tout d'abord, la mission est convaincue de l'intérêt de déconcentrer le processus d'investissement aux ARS, qui sont les mieux placées pour juger de l'opportunité d'un projet au regard de l'offre de soins. **Appelées à gérer sous contrainte d'enveloppe, les ARS doivent être beaucoup plus sélectives dans leurs décisions**, préserver une marge de manœuvre annuelle et rester en première ligne de l'expertise des projets en raison de leur rôle essentiel de régulateur territorial.

- [6] **En outre, l'investissement hospitalier doit s'inscrire dans la régulation territoriale.** C'est au directeur général de l'ARS de garantir la cohérence entre investissement et restructuration de l'offre de soins. Le régulateur est notamment celui qui doit œuvrer à des regroupements hospitaliers en définitive plus bénéfiques que la rénovation pourtant justifiée d'établissements non regroupés. C'est surtout dans sa détermination à mener à bien la restructuration de l'offre de soins et dans sa capacité de maîtriser les pressions de toutes origines que peut résider le service rendu par le directeur d'ARS.
- [7] L'évolution dans le temps de l'appareil de régulation s'est traduit par l'abandon des indications capacitaires, et en dernier lieu des objectifs quantifiés de l'offre de soins. Pour autant, l'ARS dispose d'outils suffisants : d'une part, les outils de régulation (SROS, autorisations et CPOM), et, d'autre part, les outils financiers (approbation du PGFP et désapprobation de l'EPRD). Les ARS disposent des moyens d'agir et doivent donc le faire ;
- ***Le nécessaire accompagnement national pour les grands projets ne doit pas aboutir à la centralisation de la plupart des décisions d'investissement***
- [8] En effet, l'article 17 de la LPFP 2012-2017 et la centralisation des décisions pourrait aussi participer de la plus grande sélectivité des projets et d'une plus grande rigueur dans l'instruction de la décision d'investissement. Si le seuil de 50M€ retenu peut trouver sa justification dans le contexte budgétaire et financier actuel, il conviendra néanmoins, une fois établi que ce seuil s'entend hors taxes et hors équipements, de s'assurer que la centralisation de la procédure, résultant d'un seuil d'évocation trop bas, n'aboutit pas à dessaisir les ARS au risque de les déresponsabiliser, alors qu'elles sont les mieux à même d'apprécier l'opportunité des projets d'investissements au regard de la restructuration de l'offre de soins, et à emboliser le fonctionnement du Copermo et à se traduire plutôt par un ralentissement exagéré du traitement des projets que par une amélioration de l'efficacité de celui-ci ;
- ***L'investissement dans les SIH et les équipements lourds pâtit d'un manque de pilotage national***
- [9] S'agissant des SIH, jusqu'au plan Hôpital numérique il n'y a pas eu de pilotage national de l'investissement informatique hospitalier qui en nécessite cependant puisqu'il génère des gains diffus ou des gains macroéconomiques extérieurs à l'établissement. Il est nécessaire de mettre en place une véritable animation de réseau sous l'égide de l'ASIP.
- [10] S'agissant des équipements lourds, les politiques d'équipement, tant en imagerie qu'en radiothérapie ont connu une émergence (GDR CNAMTS et feuille de route de la radiothérapie) mais doivent aujourd'hui être reprises notamment au niveau de la politique tarifaire dont l'absence de réforme contrarie l'efficacité de la programmation et de la bonne utilisation des machines ;
- ***Renforcer l'ANAP concernant l'ingénierie immobilière pour qu'elle puisse assurer un rôle d'accompagnement des établissements et d'expertise au niveau national***
- [11] L'ANAP investissement doit se renforcer sur le plan technique pour pouvoir assumer son rôle d'expertise, et par ailleurs constituer un pool d'experts interrégionaux consultables en tant que de besoin par les établissements de santé et les ARS sur les projets en phase d'étude, pour assumer son rôle de conseil sans reproduire le modèle d'intervention de sa partie efficacité performance. La qualité et l'indépendance de son expertise requiert de ne pas lui faire jouer des rôles de pilotage, de suivi et de maîtrise budgétaire qui sont de la compétence exclusive et légitime de la seule tutelle ;
- ***Le calcul du ROI ne peut pas être le critère unique pour apprécier la pertinence d'un projet et l'opportunité de l'aider***

- [12] Le calcul du retour sur investissement (ROI), très fragile et grandement dépendant des hypothèses retenues, ne suffit pas à garantir la sincérité et la validité des prévisions économiques : le calcul du ROI n'est en aucun cas substituable au PGFP. Le ROI ne peut notamment pas rendre compte de la validité d'une hypothèse capacitaire, dont il y a lieu de tester préalablement la pertinence voire la vraisemblance. Hormis les cas des équipements lourds où le ROI est utile et pertinent, l'utilité du ROI pour les projets immobiliers lourds est réduite à la comparaison de plusieurs alternatives entre elles, telles que faire ou ne pas faire, reconstruire ou rénover construire ainsi ou autrement ;
- **Autofinancer au maximum par une gestion interne maîtrisée et pilotée à la marge brute non aidée, préserver l'accès au crédit à moyen et long terme en assurant une capacité de remboursement sans incident et maintenir un financement extratarifaire pour recomposer l'offre de soins.**
 - *Les tarifs n'incluent pas la totalité des coûts d'investissement et n'ont pas vocation à l'inclure pour les opérations lourdes et restructurantes.*
- [13] La mission a pu démontrer que les coûts d'investissements ne sont pas intégralement inclus dans les tarifs et que cette inclusion est purement théorique. Au demeurant, la régulation prix/volume, aboutissant à la fixation du niveau des tarifs, ne permet pas de prendre en compte le niveau des charges. Plus préoccupant, la mission a mis en évidence un **décrochage entre les tarifs et la couverture des charges**, qui menace la situation financière des établissements et nécessite, pour en limiter l'effet, de ralentir l'évolution des charges, d'évaluer dans le cadre de l'ONDAM hospitalier le *quantum* d'économies réalisables annuellement par les établissements de santé et de les faire porter directement sur les charges et non sur les seules recettes.
- [14] Au final, les tarifs couvrent l'investissement courant et n'ont couvert que partiellement, étant donné le faible niveau des marges brutes passées, les charges d'investissements immobiliers lourds **Les opérations immobilières lourdes relevant de la recomposition de l'offre de soins peuvent donc justifier un financement par dotations ou subventions ;**
- *L'accroissement mal maîtrisé de l'endettement limite les possibilités de recours à l'emprunt*
- [15] L'accroissement mal maîtrisé de l'endettement hospitalier, largement liée à la croissance de l'investissement, a en effet saturé les possibilités de recours à l'emprunt, à un moment où la situation bancaire ne permet plus des recours massifs au crédit, et alors même que demeurent des projets d'investissements incontournables. La dette est concentrée sur les CHU et les grands CH. Cet endettement a pu aller dans certains cas jusqu'à se traduire par des prélèvements sur le fonds de roulement générant par la suite des incidents de trésorerie. **Il est nécessaire, pour l'avenir, que les établissements adoptent une politique prudentielle qui les conduisent à ne pas dépasser un niveau d'endettement soutenable soit, non pas un seuil univoque, mais la dette qu'ils sont capables de rembourser par la marge brute non aidée après déduction de l'investissement courant incompressible (3 %). L'accès au crédit bancaire est intégralement conditionné par la capacité de remboursement sans incidents de l'hôpital ;**
- *Dégager un maximum de marge brute par une gestion interne maîtrisée pour que les établissements autofinancent au maximum leur investissement*

- [16] Ainsi, **dégager un maximum d'autofinancement à terme par une gestion interne pilotée à la marge brute non aidée demeure la clef la plus immédiate pour financer l'investissement.** Si le niveau national et le niveau régional doivent préserver un financement extraterritorial pour les opérations stratégiques, **l'établissement doit être le premier à sauvegarder ses capacités de financement pour l'avenir**, ce qui implique qu'il l'arbitre contre d'autres progressions de dépense, notamment des charges de personnel. Calculée avant les dotations aux amortissements dépréciations et provisions, le taux de marge brute constitue un résultat purement économique, plutôt que comptable, qui doit couvrir les investissements passés et futurs, *i.e.* les investissements courants, ainsi que le service de la dette couvrant les investissements immobiliers lourds. Il constitue donc le solde intermédiaire de gestion clef dans le pilotage des établissements. Il convient évidemment de considérer cet indicateur hors aides financières. Or, le taux de marge brute hors aides financières était de seulement 5,1 % en 2011, alors qu'il doit financer les investissements courants incompressibles, au minimum 3 %, ainsi que la charge de la dette, qui absorbait globalement 4,2 % en 2011, ce qui signifie que ce rythme d'investissement n'est pas soutenable à terme.
- [17] L'examen de la situation budgétaire des établissements hospitaliers montre qu'en 2011, 150 d'entre eux n'ont pas une marge brute non aidée suffisante pour couvrir leur investissement courant incompressible, que 155 n'ont pas une marge brute non aidée suffisante pour rembourser leur dette, et que 365 d'entre eux, dont 20 des 30 CHR, n'ont pas une marge brute non aidée suffisante pour couvrir les investissements incompressibles et le remboursement de la dette. Dans une période où le niveau des aides financières est soumis à de fortes contraintes, il est absolument nécessaire d'amener les établissements à redresser leur situation de manière à sauvegarder leur capacité future à investir sans dépendre des aides financières, et à améliorer leur marge brute par la tenue des charges de personnel et par l'organisation interne (DMS, taux d'occupation des blocs, lits, *etc.*) ;
- **Garder la maîtrise de l'investissement en exécution**
 - **Responsabiliser les établissements**
- [18] **L'hôpital doit demeurer responsable de son patrimoine, de sa trésorerie et de la conduite des travaux.** L'idée que d'autres niveaux de la chaîne de décision pourraient se substituer à lui paraît déraisonnable : la mission a écarté aussi bien l'idée d'un RFF hospitalier, lourd et irréaliste, que celle d'une mutualisation de la trésorerie, avec ses risques d'aléa moral. En contrepartie, il appartient à l'hôpital de préserver sa capacité future à investir et les responsabilités de sa gouvernance doivent pouvoir être tracées de manière pluriannuelle et même en cas de changement d'établissement. Il y a lieu de davantage tenir compte des opérations d'investissements et de la manière dont elles ont été gérées dans l'évaluation et la gestion de carrière des directeurs ;
- **Nécessité d'un PGFP axé sur la marge brute non aidée et la capacité de réaction aux écarts à la trajectoire**
- [19] Le PGFP est l'outil fondamental d'un business plan hospitalier : **l'investissement doit, en effet renforcer l'établissement et non le déstabiliser** Le PGFP formalise la prévision des charges et des produits qui doivent reposer sur des hypothèses d'activités sincères et réalistes et prendre en compte les différents types d'impact de l'investissement sur les charges d'exploitation : l'impact financier direct, l'impact sur les charges de maintenance d'entretien et de renouvellement, et surtout l'impact sur les charges de personnel. L'intérêt du PGFP est d'aller au-delà de la seule couverture financière des investissements et de mettre en évidence les potentiels déséquilibres *via* la dette, la marge brute ou les équilibres de haut ou de bas de bilan. La mission estime que le PGFP doit être centré sur la tenue de la marge brute non aidée qui est l'indicateur le plus opérant de la capacité économique de l'établissement à couvrir, par l'autofinancement, l'investissement courant. Le PGFP doit aussi prévoir la capacité de l'établissement à réagir en cas d'écarts à la trajectoire, afin de ne pas déséquilibrer sa situation et de tenir ses objectifs de gestion, et donc de programmer une évolution faible des charges avec des actions d'économies qui doivent être validées ;
- **Le recours au PPP hospitalier doit être limité**

- [20] La mission n'a pu manquer de relever que les partenariats publics-privés n'avaient pas fait la preuve de leur bénéfice dans le domaine hospitalier. L'asymétrie existant entre les co-contractants, en termes de connaissances juridiques et techniques et de savoir faire, n'est le plus souvent pas surmontée. Les avantages résultant du transfert de l'accès au crédit sur le partenaire sont largement compensés par l'importance des loyers et l'accroissement de la dépendance de l'établissement ;
- *Maîtriser le dimensionnement capacitaire avant toutes choses*
- [21] L'essentiel de la réussite d'un projet d'investissement réside dans le juste dimensionnement capacitaire et dans une programmation aboutie, deux phases dont l'importance justifie leur validation par l'ARS. **La pertinence du dimensionnement capacitaire est la clef de la réussite du projet** : elle doit s'appuyer sur des hypothèses d'activités sincères et réalistes, notamment au regard de l'offre sur le territoire et de l'évolution des pratiques. Ainsi, la dérive des situations d'investissement catastrophiques a souvent pour cause la fuite en avant que constitue l'hypothèse de récupération de parts de marché qui ne se réalise pas et qui engendre malgré tout des dépenses de fonctionnement ;
- *Maîtriser la phase de programmation et la phase de conception*
- [22] Outre le dimensionnement capacitaire, une programmation réussie à chacune de ses étapes (calibrage des unités, organisation spatiale et fonctionnelle, dimensionnement des surfaces) est une condition *sine qua non* d'un investissement maîtrisé. Tout le suivi des phases de programmation et de conception peut se faire par le truchement d'un petit nombre d'indicateurs simples qui témoignent de la justesse du dimensionnement et de la densification du projet.
- [23] La maîtrise par l'établissement de la conduite des travaux, afin d'éviter les dérives de coût et de délai, suppose tout d'abord que celui-ci s'astreigne à ne pas modifier son programme dès lors qu'il est arrêté, et qu'il s'adjoigne si besoin les conseils juridiques, techniques et financiers.
- [24] Enfin, la modularité des bâtiments est garante de leur évolutivité. Ainsi, il vaut mieux construire un hôpital qui préserve les possibilités d'évolution plutôt que l'hôpital du futur rigide, construit sur le futur d'hier, qui ne puisse pas évoluer faute de modularité et qui précipite le besoin d'un nouvel investissement. Ceci vaut par exemple pour le dimensionnement des circulations, il vaut mieux un couloir un peu plus large mais qui puisse s'adapter aux évolutions de matériel et de normes.
- [25] En conclusion, il importe de préserver au niveau national, au niveau régional et à celui des établissements une source de financement des investissements dédiée à l'investissement. A l'intérieur de l'établissement, cette sauvegarde suppose un arbitrage effectif entre les différents types de dépenses de manière à conférer la priorité aux dépenses d'avenir, vecteur d'innovation, et améliorant l'efficacité des établissements de santé. La gestion à la marge brute non aidée est le moyen de garantir le futur contre les pressions à la dépense de l'immédiat et les déséquilibres financiers destructeurs des potentialités de l'établissement.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	15
1 INVESTISSEMENT HOSPITALIER DEPUIS 2002 ET PLANS NATIONAUX : UN DOUBLEMENT DE L'INVESTISSEMENT INSUFFISAMMENT MAITRISE	16
1.1 Un sous-investissement durant la période antérieure ?	16
1.2 Bilan financier de l'investissement hospitalier public depuis 2002 : un doublement de l'investissement financé par l'endettement	17
1.2.1 Un doublement de l'investissement	17
1.2.2 Un recours massif à l'endettement	19
1.2.3 La capacité future des établissements à investir se reconstitue mais reste très insuffisante pour garantir l'investissement courant incompressible.....	20
1.2.4 L'écart entre le niveau d'investissement et la capacité d'autofinancement ne doit pas persister trop longtemps	22
1.3 Bilan financier de l'investissement pour les cliniques privées	22
1.4 Justifiés au départ, les plans nationaux d'aide à l'investissement ont contribué à accroître l'endettement et connu quelques dérives.....	24
1.4.1 Dans la période antérieure au plan H2007, des mécaniques déficientes :.....	24
1.4.2 Le plan H2007 un plan nécessaire de rattrapage des investissements, axé initialement sur les restructurations mais accompagné de dérives dues en partie à la non prise en compte de la mise en place de la T2A.....	25
1.4.3 Le volet investissement du plan psychiatrie et santé mentale : des investissements tardifs et retardés.....	28
1.4.4 Le plan H2012, un début de maîtrise suivi d'une semi- disparition	29
1.4.5 Les plans nationaux ont contribué à réaliser les objectifs de modernisation de établissements hospitaliers et de recomposition de l'offre de soins au prix d'une fragilisation de la situation financière de ceux-ci et de dérives factuelles.....	31
2 CHOIX DE L'INVESTISSEMENT : DES DECISIONS MICROECONOMIQUES QUI DOIVENT S'INSCRIRE DANS LA REGULATION TERRITORIALE ET NATIONALE	33
2.1 Investir est indispensable : il existe un niveau d'investissement courant incompressible et la restructuration de l'offre de soins nécessite d'investir	33
2.1.1 L'investissement est indispensable et souvent nécessaire à la restructuration de l'offre hospitalière.....	33
2.1.2 Il existe une part incompressible de l'investissement courant à 3 %	34
2.1.3 Estimation de l'investissement soutenable	36
2.2 Les grandes alternatives : faire ou ne pas faire, rénover ou reconstruire.....	38
2.3 Maîtriser le dimensionnement capacitaire nécessite la sincérité des hypothèses d'activité	40
2.4 Maîtrise du business plan : le PGFP est l'outil fondamental qui doit être axé sur l'objectif de marge brute et la capacité des établissements à réagir aux écarts à la trajectoire	41
2.4.1 Le PGFP est la formalisation des prévisions de charges et de produits qui doivent reposer sur des hypothèses d'activités sincères et réalistes	41
2.4.2 Le PGFP ne se borne pas à la seule couverture financière des investissements	41
2.4.3 Le PGFP doit être centré sur la tenue de la marge brute, pour s'assurer que la capacité future de l'établissement à investir est préservée	42
2.4.4 Le PGFP doit prévoir la capacité de réaction de l'établissement en cas d'écarts à la trajectoire	43

2.4.5	Il manque un guide du PGFP	44
2.4.6	La maîtrise du PGFP a beaucoup progressé depuis 2010 et dépend grandement de l'implication des ARS	44
2.4.7	Les outils d'élaboration de <i>business plan</i> ont été étrangement absents dans une période où l'investissement a été massif	45
2.5	Le calcul du ROI est peu robuste pour les projets immobiliers et ne permet pas de vérifier la sincérité des business plan	46
2.5.1	Le calcul du ROI demeure très fragile pour les projets immobiliers.....	46
2.5.2	Le calcul du ROI dans le secteur hospitalier ne doit pas utiliser le TIR	47
2.5.3	La seule utilité théorique du ROI est de comparer plusieurs projets entre eux	48
2.5.4	La logique du ROI n'est pas substituable à celle du PGFP	49
2.6	L'ARS doit assurer la cohérence entre la vision microéconomique des projets d'investissement et la régulation territoriale	50
2.6.1	Nécessité de garantir la cohérence entre la vision micro-économique des projets d'investissement et les objectifs macroéconomiques et territoriaux.....	50
2.6.2	Les outils de régulation ont évolué dans le temps en abandonnant leurs indications capacitaires	52
2.6.3	Les ARS disposent des outils leur permettant d'inscrire constructions et équipements dans une politique de l'offre de soins	54
2.6.4	C'est au DG ARS qu'il appartient de convaincre ses interlocuteurs régionaux et locaux des orientations de la régulation territoriale	57
2.6.5	Le régulateur territorial peut s'appuyer sur les normes juridiques qui traduisent techniquement la politique nationale de l'offre de soins	61
2.7	L'investissement informatique (coûts micros ; gains diffus ; gains macros) insuffisamment aidé, insuffisamment orienté jusqu'au plan hôpital numérique, à la recherche d'une tête de réseau.....	62
2.7.1	Le caractère diffus des impacts de l'investissement informatique hospitalier n'empêche pas des bénéfices micros et macros dont la capture ne doit pas être retardée	62
2.7.2	Des aides au plan H 2012 : retarder ce que l'on voulait accélérer	64
2.7.3	Une convergence insuffisante avec la mise en place du DMP qui suppose une redéfinition des objectifs de celui-ci et la désignation d'un véritable animateur de réseau.....	65
2.7.4	Un début d'orientation nationale : le programme hôpital numérique	66
2.8	L'exemple des équipements médicaux : le retour sur investissement pertinent mais dépendant non seulement d'une réorganisation du travail mais aussi de la politique tarifaire	67
2.8.1	Les équipements lourds en imagerie médicale	67
2.8.2	L'imagerie conventionnelle et en coupe.....	68
2.8.3	La radiothérapie : des mesures dans l'urgence pour surmonter des épisodes de crise mais aussi des perspectives de démographie professionnelle qui auraient pu être préoccupantes	68
3	FINANCEMENT DE L'INVESTISSEMENT : AUTOFINANCER AU MAXIMUM PAR UNE GESTION INTERNE MAITRISEE ET PILOTEE A LA MARGE BRUTE NON AIDEE, PRESERVER L'ACCES AU CREDIT A MOYEN ET LONG TERME EN ASSURANT UNE CAPACITE DE REMBOURSEMENT SANS INCIDENT ET MAINTENIR UN FINANCEMENT EXTRATARIFAIRE POUR RECOMPOSER L'OFFRE DE SOINS	69
3.1	Les tarifs n'incluent pas la totalité des coûts d'investissement et n'ont pas vocation à l'inclure pour les opérations lourdes et restructurantes	70
3.1.1	Les tarifs ne financent qu'une part de l'investissement des activités financées par la T2A 70	
3.1.2	Financements par dotation	74

3.1.3	Un décrochage entre les charges et les tarifs.....	75
3.1.4	L'investissement doit-il être dans les tarifs ?.....	77
3.2	Un endettement mal maîtrisé qui obère la flexibilité financière à venir.....	77
3.2.1	Autofinancement ou endettement : quel équilibre pour quelle flexibilité financière à venir ?.....	78
3.2.2	Accroissement mal maîtrisé de l'endettement hospitalier.....	78
3.2.3	Préserver l'accès au crédit bancaire impose de clarifier la gouvernance en cas d'incident de paiement (cf. tome 2).....	86
3.3	Dégager un maximum de ressources d'autofinancement par une gestion à la marge brute non aidée.....	87
3.3.1	Préserver sa capacité future d'investir : la marge brute non aidée.....	87
3.3.2	Optimisation du BFR : notion de BFR cible sécurisé développée par l'ARS Rhône-Alpes 96	
3.3.3	Leviers transitoires de l'autofinancement pouvant être mobilisés en cas d'opération lourde.....	98
3.3.4	Politique d'amortissement.....	100
3.4	L'aide à l'investissement doit être du sur-mesure conditionné à l'atteinte d'objectifs de marge brute pour garantir la capacité future d'investir.....	101
3.4.1	Les subventions peuvent être nécessaires pour un investissement immobilier lourd ..	101
3.4.2	Subvention vs. aide en base budgétaire : l'endettement est-il encore possible ?	102
3.4.3	Faut-il empêcher les établissements déficitaires d'investir ?	104
3.4.4	Faut-il refuser d'aider les hôpitaux bien gérés ?.....	105
3.5	Cliniques privées : quelles spécificités du financement de l'investissement ?.....	107
3.5.1	L'émergence des groupes est accompagnée par l'intervention des fonds d'investissement.....	107
3.5.2	La progression des groupes dans le secteur de l'hospitalisation privée est désormais inéluctable.....	109
3.5.3	La nécessité de continuer de mettre à niveau l'outil de production.....	110
3.5.4	L'inscription dans la régulation territoriale et dans les plans de financement pluriannuels	111
3.6	Dissocier l'exploitation et la propriété ? Une décision souvent plus contrainte que stratégique.....	112
3.6.1	Le cas des groupes de cliniques privées : choix délibéré d'alléger le haut de bilan ou plutôt poids de la contrainte ?	112
3.6.2	Contrats de partenariat et baux emphytéotiques hospitaliers : une réduction de l'asymétrie très insuffisante	114
3.6.3	Un « RFF hospitalier ? » : une agence nationale des infrastructures hospitalières n'est pas pertinente	118
4	CONDUITE DU PROJET D'INVESTISSEMENT IMMOBILIER : MAITRISER LE DIMENSIONNEMENT CAPACITAIRE, REUSSIR LA PROGRAMMATION ET S'Y TENIR.....	119
4.1	Un schéma directeur immobilier hospitalier annexé au CPOM pour anticiper les opérations à venir	120
4.2	Loi MOP ou conception-réalisation : la vertu tient davantage à la solidité de la MOA qu'à la procédure.....	120
4.2.1	Le cadre classique : la loi MOP, une procédure qui privilégie la transparence de la procédure plutôt que son efficacité (le prix) et la rapidité.....	121
4.2.2	La conception-réalisation : une procédure figeant le programme, le délai et les coûts	122

4.2.3	La maîtrise d'ouvrage doit dans tous les cas se donner les moyens de soutenir le dialogue voire la confrontation avec les entreprises de construction	123
4.3	La qualité et la précision du programme : points cruciaux du processus, figeant notamment la capacité, le calendrier et le coût.....	123
4.3.1	L'importance des phases amonts	123
4.3.2	La phase de programmation est l'étape-clef dans la maîtrise du processus d'investissement	124
4.4	Les paramètres à contrôler tout au long de la phase d'études	129
5	PILOTAGES REGIONAL ET NATIONAL : ACCROITRE LA SELECTIVITE ET LA RESPONSABILITE SANS SUBSTITUER UN NIVEAU A UN AUTRE	130
5.1	Renforcer la transparence sur la programmation régionale et les décisions prises en matière d'investissement structurants.....	130
5.2	La responsabilité de l'établissement doit être reconnue et confortée.....	131
5.2.1	L'hôpital doit conserver la propriété du patrimoine et la maîtrise d'ouvrage	131
5.2.2	L'hôpital doit garder la gestion de sa trésorerie.....	132
5.2.3	L'hôpital doit assurer sa capacité future à investir	132
5.2.4	La gouvernance de l'hôpital doit être responsabilisée	132
5.3	La place des ARS dans le dispositif de pilotage et de financement des investissements doit être confirmée et développée.....	132
5.3.1	Les ARS doivent gérer sous contrainte d'enveloppe	133
5.3.2	Les ARS doivent être beaucoup plus sélectives dans les décisions d'aides qu'elles prennent ou dans celles qu'elles proposent	133
5.3.3	Les ARS doivent cependant préserver une marge de manœuvre annuelle.....	133
5.3.4	Les ARS doivent disposer d'un éventail interne de projets d'investissement analysés et hiérarchisés par priorités.....	134
5.3.5	Les ARS doivent assurer leur rôle en première ligne obligatoire de l'expertise, y compris dans le cadre des procédures de validation nationale.....	135
5.4	L'ANAP doit être renforcée dans ses compétences techniques, se positionner en accompagnement des établissements et des ARS, mais elle doit être limitée à un rôle d'expertise	135
5.4.1	L'ANAP est la seule entité nationale crédible en termes de compétences sur l'ingénierie et l'immobilier, mais doit les renforcer	135
5.4.2	Fonction conseil : nécessité d'un réel accompagnement méthodologique et technique des établissements et des ARS par un pool de référents interrégionaux rattachés à l'ANAP	136
5.4.3	Fonction d'expertise : l'ANAP doit se renforcer.....	137
5.4.4	L'ANAP doit rester dans un rôle de conseil et d'expertise et ne doit pas être sollicitée dans un rôle de pilotage	138
5.5	La DGOS doit se repositionner sur le pilotage des sujets immobiliers et endosser pleinement son rôle de pilotage.....	139
5.5.1	La DGOS doit reprendre pied sur les sujets immobiliers	139
5.5.2	La DGOS doit disposer d'une ressource sur les sujets financiers.....	139
5.5.3	La DGOS assume son triple rôle de pilotage national de l'offre de soins hospitalière, de financement des établissements et de réglementation.....	139
5.6	Le nécessaire accompagnement national pour les grands projets ne doit pas aboutir à la centralisation de la plupart des décisions d'investissement	140
5.6.1	L'évaluation socio-économique doit se focaliser sur le système de soins	140

5.6.2 Nécessité d'une évaluation par l'ARS et d'une contre-expertise en ingénierie recourant, sinon à l'ANAP, du moins aux sachants exerçant dans son réseau	141
5.6.3 Le niveau du seuil de validation nationale après contre expertise devra certainement être relevé.....	141
LISTE DES RECOMMANDATIONS	143
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	145
SIGLES UTILISES	155
BIBLIOGRAPHIE	157

INTRODUCTION

- [26] La présente mission est inscrite dans le programme de travail annuel de l'IGAS 2012-2013 sur proposition du collège appui conseil au management (ACM). Le collège propose « *d'évaluer les conditions du financement de l'investissement hospitalier dans le système de tarification à l'activité (...). L'enjeu de la mission est de faire la part de ce qui relève d'une prise en charge insuffisante par la tarification, de décision d'investissements non pertinentes bien que validés à tous les niveaux, et d'une gestion défailante par les établissements, afin de proposer des pistes pour améliorer le dispositif, puisque le besoin d'investir reste une nécessité* ».
- [27] Parallèlement, dans le cadre des travaux de son groupe de référence sur les politiques sociales et de solidarité, l'IGF a également identifié la nécessité d'expertiser les conditions de financement de l'investissement hospitalier, et en particulier la problématique de l'accès des établissements publics de santé au crédit bancaire, qu'il s'agisse de produits de court terme (lignes de trésorerie) ou de produits de moyen ou long terme (prêts).
- [28] Le ministre de l'Économie et des Finances, le ministre des Affaires sociales et de la Santé et le ministre délégué chargé du Budget sont donc convenus d'élargir le périmètre originel de la mission proposée par l'IGAS et d'organiser celle-ci autour de deux volets complémentaires : le premier consacré à la maîtrise technique et financière du processus d'investissement ; le second dédié aux conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire.
- [29] Le présent tome constitue le premier volet du rapport.
- [30] La mission a retenu quatre régions (Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, PACA et Île-de-France) dans lesquelles les équipes des ARS ont été rencontrées ainsi que celles de 21 établissements de santé, visités entre septembre et novembre 2012.
- [31] La mission s'est également appuyée sur les directions d'administration centrale et organismes compétents : DGOS, DSS, DB, DGFIP, DREES, ACOSS, ATIH, ANAP. La DREES, qui a produit de nombreuses études sur le secteur hospitalier, a également mis à disposition de la mission une étude confiée au cabinet Kurtz-Salmon portant sur un échantillon de 62 projets d'investissements étudiés dans 29 établissements de santé MCO, qui doit paraître prochaine dans la série études et résultats. La mission a elle-même procédé à une importante revue de littérature sur le sujet.
- [32] La mission souhaite remercier ici l'ensemble des équipes qui ont répondu de manière très positive à ses demandes et ont souvent produit un effort de recherche interne considérable pour documenter leurs réponses.
- [33] Le premier tome réalise tout d'abord un bilan de l'investissement de la période depuis 2002, examine ensuite, en deuxième partie, les conditions du choix de l'investissement et de son équilibre entre la rentabilité micro-économique et la régulation territoriale, puis en troisième partie les choix de financement de l'investissement (autofinancement via les tarifs et une meilleure gestion interne ; aides financières et recours à l'emprunt) dans un contexte contraint. Il aborde en quatrième partie, les conditions de la maîtrise de la conduite de la programmation, de la conception et de la réalisation des travaux et, enfin, en cinquième partie, le pilotage institutionnel de l'investissement.

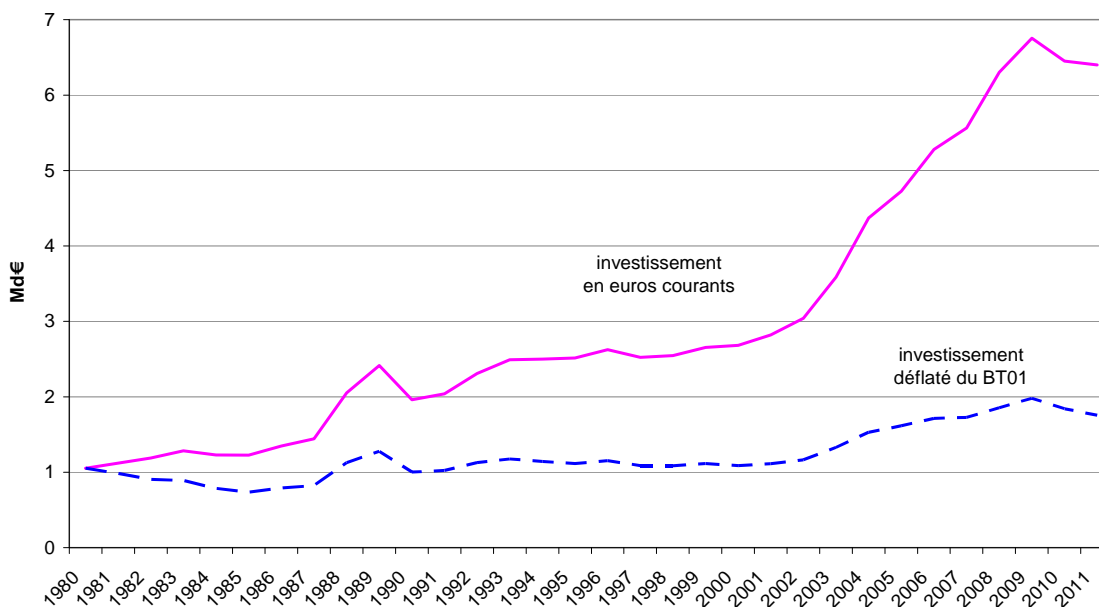
1 INVESTISSEMENT HOSPITALIER DEPUIS 2002 ET PLANS NATIONAUX : UN DOUBLEMENT DE L'INVESTISSEMENT INSUFFISAMMENT MAITRISE

1.1 Un sous-investissement durant la période antérieure ?

[34] Il est communément fait état d'un sous-investissement durant la période antérieure à 2002. L'évolution des investissements, cf. graphique 1 ci-dessous, montre :

- un ralentissement de l'investissement constaté dans les années 1980, après l'instauration de la dotation globale en 1983, voire sa diminution si l'on rapporte l'investissement à l'évolution du prix du bâtiment. Toutefois, cela ne manifeste en rien un sous-investissement dans la mesure où la capacité hospitalière n'a jamais tant augmenté qu'entre 1970 et 1975¹. Ce ralentissement peut également s'expliquer par des taux d'intérêt élevés et la fin des investissements financés à 40 % par des subventions État, 20 % de prêt à taux zéro des caisses régionales d'Assurance maladie et 40 % financés par la Caisse des dépôts et consignations(CDC)² ;
- un ressaut entre 1989 et 1993 sans doute expliqué par l'acquisition d'équipements biomédicaux et la rénovation de vieux bâtiments³ ;
- une faiblesse d'investissement dans la deuxième moitié des années 1990, que certains⁴ expliquent par la prévalence des problématiques de gestion de personnel et de l'anticipation de l'impact du passage aux 35 heures sur les charges de titre 4.

Graphique 1 : Investissement total des établissements de santé publics depuis 1980



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 1980-2011 tous établissements de santé publics, transmises par Dexia crédit local

¹ Analyse rétrospective de l'investissement des hôpitaux publics et construction de scénarios d'évolution (1998-2010), Sanesco pour Dexia crédit local, mars 1998.

² Ibid.

³ Cf. Les Hôpitaux et l'investissement, C. BOUINOT et B. PÉRICARD, LGJP, mars 2010

⁴ Le Système de soins français : état des lieux et perspectives, Sanesco pour Dexia crédit local, mars 2001.

- [35] En revanche, au début des années 2000, plusieurs études, toutes commanditées par Dexia crédit local, font état d'un sous-investissement :
- l'étude « Analyse rétrospective de l'investissement des hôpitaux publics et construction de scénarios d'évolution (1998-2010) », réalisée par Sanesco pour Dexia crédit local en mars 1998, donne, mais sans aucune justification, un certain nombre de besoins d'investissement, dont le montant total annuel est de 3,5Md€ sur sept ans ;
 - cette étude est reprise en 2001, par le même Sanesco pour Dexia crédit local et l'inscrit dans un travail plus large⁵, mais se contente à nouveau de reprendre les chiffres de l'étude de 1998, sans davantage les justifier ;
 - toujours sur la base de l'étude de 1998, Dexia⁶ et la FHF évaluent en 2002 le retard d'investissement à 6Md€;
 - une autre étude⁷ réalisée pour Dexia par des chercheurs du CNRS affirme le retard pris en matière d'investissement depuis 1994. Néanmoins, leur analyse ne s'appuie que sur l'évolution des taux de vétusté, des dotations aux amortissements et sur l'analyse d'une situation financière ressemblant à un désendettement et une reconstitution de la capacité d'autofinancement (CAF). Il n'y a donc pas d'élément convaincant relatif à un sous-investissement.
- [36] Ces études ne démontrent donc en rien ni un sous-investissement sur la période antérieure à 2002, ni le besoin d'un rattrapage de l'investissement.
- [37] Faute de données permettant de mettre en regard le niveau d'investissement par rapport aux produits d'exploitation à la CAF sur cette période, la mission ne dispose pas d'éléments confirmant ou infirmant ces analyses, mais il convient toutefois *a minima* de ne pas accorder un crédit aveugle aux taux de vétusté, qui n'ont qu'une signification comptable (*cf. infra* 2.3.3.) et dépendent de la politique d'amortissement de chacun des établissements.
- [38] En revanche, un document réalisé début 2002 par la conférence des DG de CHU pour le gouvernement fait état de l'obsolescence et recense les besoins urgents d'investissement. Ce document souligne de manière concrète le niveau d'obsolescence inquiétant et dresse également un besoin des investissements pour les seuls CHU et laisse à conclure qu'un meilleur entretien du bâti aurait sans doute permis de ralentir son vieillissement.

1.2 Bilan financier de l'investissement hospitalier public depuis 2002 : un doublement de l'investissement financé par l'endettement

1.2.1 Un doublement de l'investissement

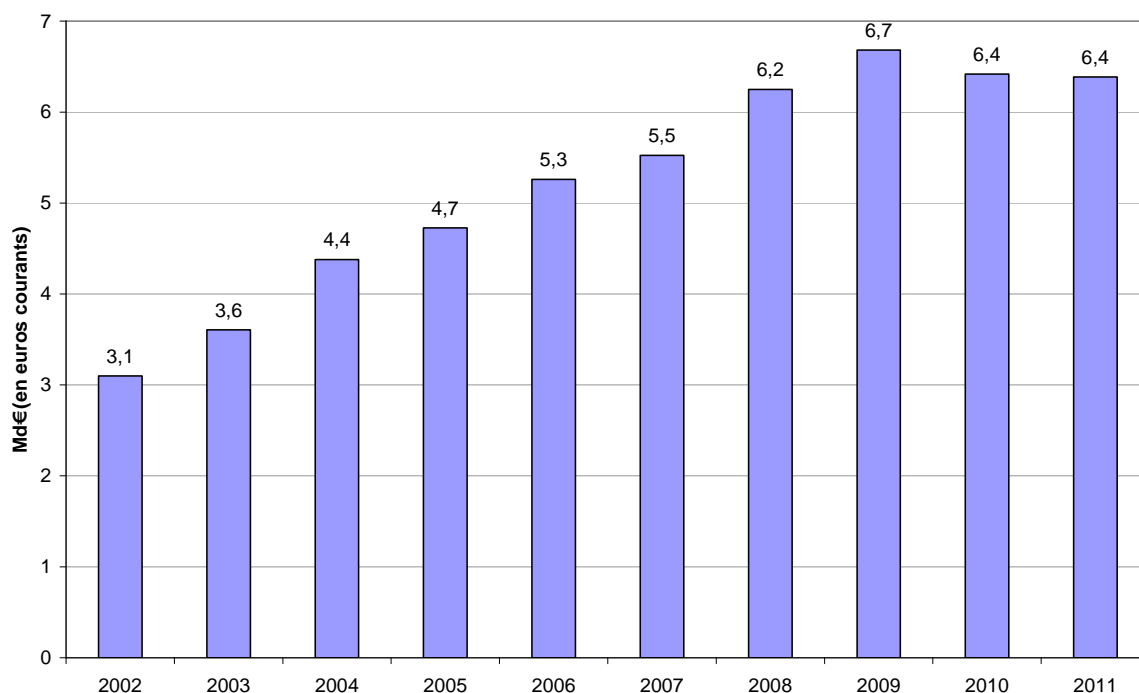
- [39] Sur la base de ces documents et constats, le gouvernement a lancé en mai 2002 le plan Hôpital 2007 (H2007), visant à rattraper le retard d'investissement, auquel a succédé le plan Hôpital 2012 (H2012), doublé du plan santé mentale. Ces plans sont analysés *infra* en 1.4.
- [40] S'agissant de l'investissement total, son montant double entre 2002 et 2008, passant de 3Md€ par an à plus de 6Md€ par an (*cf. infra* graphique 2).

⁵ Le Système de soins français : état des lieux et perspectives, Sanesco pour Dexia crédit local, mars 2001.

⁶ *Ibid.*

⁷ L'Investissement hospitalier, changer de registre, changer de tempo, I. GUERRERO et Ph. MOSSÉ pour Dexia crédit local, mars 2002.

Graphique 2 : Total de l'investissement direct des établissements de santé publics



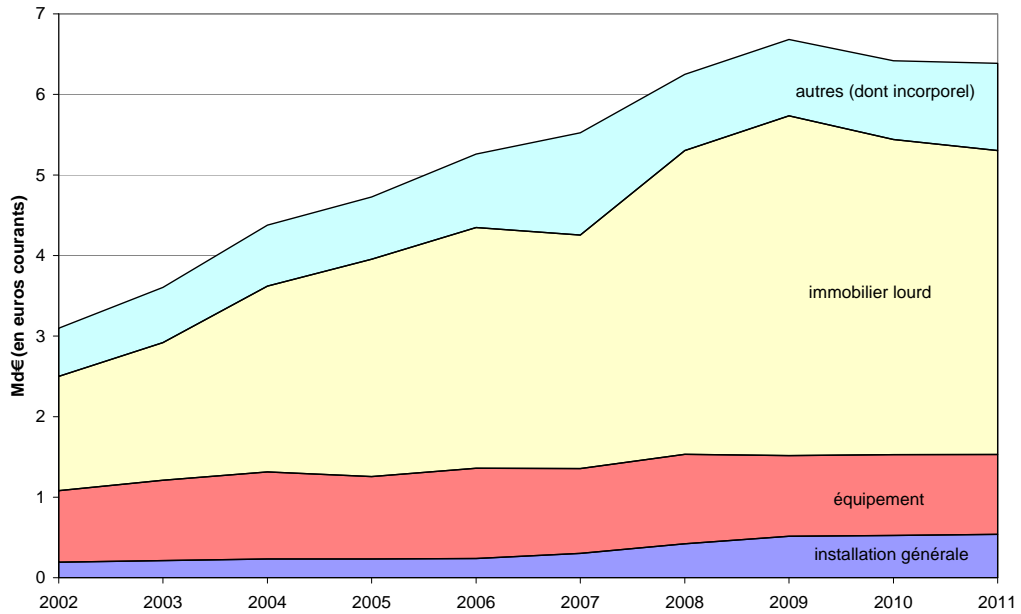
Source : calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

[41] Sur la période 2002-2011, ce sont au total 52,3Md€ d'investissement pour les établissements de santé publics, dont 22Md€ par les divers plans (*cf. infra* 1.4.) qui ont été réalisés. Donc le surcroît d'investissement a bien été apporté par les plans, mais on ne peut en revanche affirmer qu'ils assurent la majeure partie de l'investissement, voire la quasi-totalité, comme certains interlocuteurs l'ont soutenu.

[42] Ces investissements se répartissent de la manière suivante entre les différentes catégories d'investissement (*cf. infra* graphique 3) :

- ce sont évidemment les investissements immobiliers lourds qui contribuent à la croissance des investissements, puisque ceux-ci passent de 1,4 Md€ en 2002 à plus de 4,2 Md€ en 2009 ;
- les investissements d'équipements sont maintenus à leur niveau à un peu plus de 1Md€;
- l'investissement en installation générale suit l'évolution de l'investissement en immobilier lourd et double sur la période, passant d'environ 200M€ à 500M€

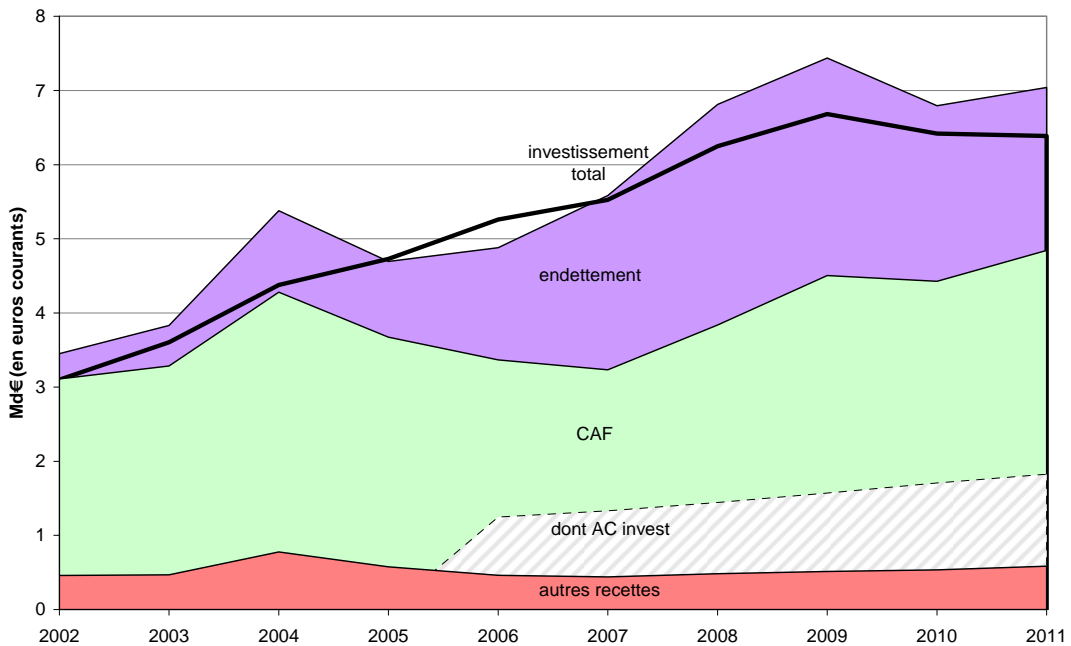
Graphique 3 : Bilan de l'investissement des établissements de santé publics par catégorie d'investissement



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES.

1.2.2 Un recours massif à l'endettement

Graphique 4 : Financement de l'investissement dans les établissements publics



NB : lorsque la courbe des investissements est supérieure au total des financements, cela signifie qu'il y a prélèvement sur le fonds de roulement ; lorsque la courbe des investissements est en-deçà du total des financements, c'est qu'il y a abondement du fonds de roulement.

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

- [43] S'agissant du financement de l'investissement des établissements de santé publics, si la CAF a globalement légèrement augmenté, notamment du fait des aides⁸, le surcroît d'investissement a été essentiellement financé par le recours à l'endettement. Comme expliqué *infra* au 1.3. s'agissant notamment d'H2007, il s'agit d'un choix délibéré pour augmenter le montant total d'investissement, qui pouvait être justifié à une époque où les taux d'intérêt étaient bas et les établissements globalement peu endettés.

Tableau 1 : Évolution du financement de l'investissement

Md€ (en euros courants)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Investissement	3,1	3,6	4,4	4,7	5,3	5,5	6,2	6,7	6,4	6,4
CAF	2,7	2,8	3,5	3,1	2,9	2,8	3,4	4,0	3,9	4,3
Endettement	0,3	0,5	1,1	1,0	1,5	2,4	3,0	3,0	2,4	2,2

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

- [44] L'encours de la dette a presque triplé sur la période, passant de 9,1Md€ en 2002 à 26,1Md€ en 2011 ; le poids de l'encours sur les produits d'exploitation a doublé, passant lui de 19 % à 39 %.

Tableau 2 : Évolution de l'endettement et des ratios

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Encours de la dette (Md€, euros courants)	9,1	9,7	10,8	11,8	13,3	15,6	18,6	21,5	24,0	26,1
Poids de la dette (encours/produits)	19%	19%	20%	21%	23%	27%	30%	34%	37%	39%
Durée apparente de la dette	3,5	3,4	3,1	3,8	4,6	5,6	5,5	5,4	6,2	6,1

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

1.2.3 La capacité future des établissements à investir se reconstitue mais reste très insuffisante pour garantir l'investissement courant incompressible

- [45] La question se pose de savoir si ce rythme d'investissement associé à un recours massif à l'endettement n'a pas mis globalement le secteur dans une situation financière difficile. On observe pour cela l'évolution de divers paramètres : le résultat net comptable qui rend compte de la constitution ou non de déficit.

⁸ Les AC, notamment les AC investissements, sont incluses dans la CAF.

Tableau 3 : Résultat comptable et capacité à investir des établissements après remboursement et hors aides financières

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Résultat net comptable (en % des produits d'exploitation)	+0,8%	+0,5%	+0,9%	+0,3%	-0,3%	-0,8%	-0,6%	-0,4%	-0,3%	-0,5%
CAF nette du service de la dette* (Md€, en euros courants)	0,9	0,8	1,4	1,0	0,8	0,6	0,8	1,2	1,2	1,5
Taux de marge brute non aidée**					4,7%	3,8%	4,4%	5,0%	5,0%	5,1%

*le service de la dette est le remboursement du capital et des intérêts.

** cf. *infra* 3.4. pour la définition du taux de marge brute non aidée. Les données sur les AC investissement et les AC déficit ne sont disponibles qu'à partir de 2006

Source : IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

- [46] Toutes les variables tendent à montrer que 2007 a été l'année la plus difficile, soulignant la contradiction pouvant exister entre les anciens modes d'appréhension de l'investissement hospitalier et la nouvelle logique tarifaire. Quelle était en effet la capacité des établissements à faire un PGFP fiable dans l'incertitude que constituait en recettes et en gestion le passage à la T2A, d'autant que sa mise en œuvre a été accélérée ?
- [47] En revanche, la capacité future à investir, après remboursement ou sans aides financières, se reconstitue depuis 2007 comme le montrent la CAF nette et la marge brute non aidée. Mais elles restent à des niveaux bien trop faibles pour garantir une capacité d'investir sans recours aux subventions (*cf. infra* 3.3. pour une analyse détaillée de l'évolution de l'hétérogénéité et de la marge brute), puisque la CAF nette du service de la dette ne permet même pas de couvrir les investissements courants hors équipement et hors immobilier.
- [48] La période voit l'apparition d'un déficit à partir de 2006 qui s'aggrave, signe que la gestion hospitalière a été mise sous tension. Ce résultat net comptable est toutefois à prendre avec précaution compte tenu des souplesses de provisionnement et de la faiblesse du montant de déficit rapporté aux produits d'exploitation (-0,5 % en 2011).
- [49] Le calcul du tableau de financement permet, *cf.* tableau ci-dessous, de regarder l'impact de la phase d'investissement sur le fonds de roulement (FDR).

Tableau 4 : Tableau de financement

en Md€ (en euros courants)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Emplois										
T1 remboursement dette	1,4	1,6	1,8	1,8	1,6	1,6	1,9	2,1	2,0	1,9
T2 Immobilisations	3,1	3,6	4,4	4,7	5,3	5,5	6,2	6,7	6,4	6,4
T3 Autres emplois	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Total emplois	4,6	5,4	6,2	6,6	7,0	7,2	8,1	8,8	8,5	8,3
Ressources										
CAF	2,7	2,8	3,5	3,1	2,9	2,8	3,4	4,0	3,9	4,3
T1 Emprunts	1,7	2,2	2,9	2,8	3,1	4,0	4,8	5,0	4,3	4,1
T2 Dotations subventions	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
T3 Autre ressources	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2
Total ressources	4,8	5,5	7,1	6,5	6,5	7,2	8,7	9,5	8,8	9,0
Variation du FDR	0,2	0,1	0,9	-0,1	-0,5	0,0	0,5	0,7	0,3	0,6

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

- [50] L'investissement ne s'est donc pas réalisé, globalement, par un prélèvement massif et récurrent sur le FDR, ce qui écarte donc un soupçon de déséquilibre structurel.
- [51] En conclusion, la phase d'investissement massif a laissé, globalement, les établissements dans une situation d'endettement élevé, mais pas dans une situation structurellement déséquilibrée.

1.2.4 L'écart entre le niveau d'investissement et la capacité d'autofinancement ne doit pas persister trop longtemps

- [52] On peut toutefois s'interroger sur l'écart entre un niveau très élevé de l'investissement et le niveau de la CAF nette, la différence étant chaque année depuis 2006 de plus de 4Md€ Les projections réalisées par la DGOS ou l'ATIH laissent penser que cet écart restera à un niveau très élevé jusque 2015.

Tableau 5 : Écart entre CAF nette et investissement

en Md€ (en euros courants)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Investissement – CAF nette du service de la dette	2,2	2,8	3,0	3,8	4,5	4,9	5,4	5,4	5,2	4,8

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

- [53] Cet écart est comblé par l'emprunt, et ce mécanisme fonctionne au prix de l'endettement tant que celui-ci est possible. La question étant dès lors de savoir lequel des deux phénomènes se produira le premier : la fin des possibilités d'endettement massif ou la résorption du différentiel entre investissement et CAF ?

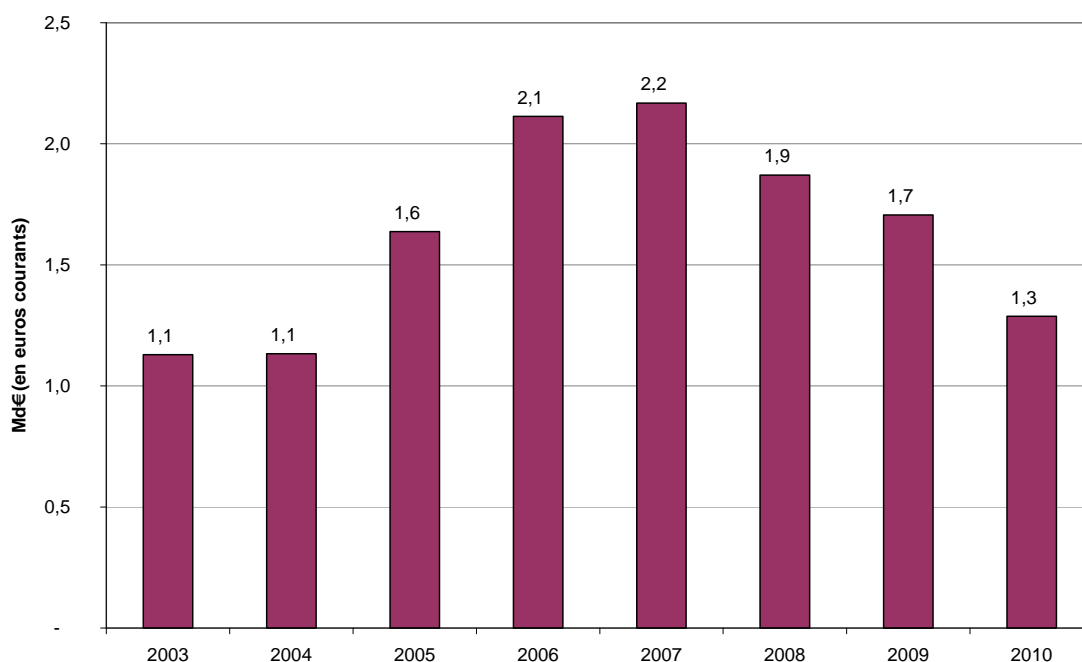
1.3 Bilan financier de l'investissement pour les cliniques privées

- [54] À titre liminaire, la mission n'a pas réalisé un bilan de l'investissement pour les établissements privés non lucratifs, dans la mesure où aucune base de données consolidée n'existe à ce jour pour ces établissements. La DREES a prévu de constituer une telle base en 2013.
- [55] S'agissant des cliniques privées, le bilan de l'investissement se heurte à la disponibilité des données, bien que de manière moins aigüe.
- [56] Tout d'abord, entre 15 et 20 %, selon les années, des cliniques privées ne satisfont pas à l'obligation⁹ de dépôt annuel de leurs comptes auprès des greffes des tribunaux de commerce, peut-être par souci de confidentialité vis-à-vis des concurrents. S'il est possible de vérifier la représentativité de l'échantillon des cliniques privées ayant déposé leurs comptes, il n'est en revanche pas possible d'agrèger ces données.

⁹ Articles L. 232-21 à -23 du code de commerce, obligation valant pour toutes les sociétés commerciales.

- [57] Ensuite, les seules données disponibles sont celles des sociétés d'exploitation des cliniques, les données relatives aux sociétés civiles (sociétés particulières pour l'immobilier ou pour l'exploitation d'un segment d'activité, comme l'imagerie par exemple) n'étant pas connues faute de méthodologie permettant de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles. En particulier, lorsque la société d'exploitation paye un loyer à une société civile immobilière (SCI) qui est propriétaire des murs, l'analyse des seuls résultats de la société d'exploitation peut biaiser la juste appréciation du résultat économique des cliniques pour lesquelles l'actionnaire majoritaire des deux sociétés est le même. Il n'est en effet pas possible d'évaluer les éventuels transferts de résultat entre société d'exploitation et SCI *via* les montants de loyers.
- [58] Ce dernier manque est particulièrement gênant pour l'investissement dans la mesure où son étude suppose de pouvoir distinguer la partie du loyer correspondant à l'exploitation de celle correspondant à l'amortissement, ce qui n'est pas actuellement possible.
- [59] Par ailleurs, les autres sources de données¹⁰ et les autres études réalisées sur les cliniques privées ne permettent pas non plus de colliger des données satisfaisantes de ce point de vue.
- [60] L'étude du bilan ne peut donc que s'appuyer sur les données des sociétés d'exploitation ayant déposé leurs comptes aux greffes des tribunaux de commerce, mais en rappelant toutes les précautions nécessaires, et sans aucun espoir de consolidation avec les données des établissements de santé publics.

Graphique 5 : Bilan de l'investissement des sociétés d'exploitation des cliniques privées



Source : DREES, d'après les données des greffes des tribunaux de commerce, 2003-2010

¹⁰ Les établissements privés ont notamment l'obligation de transmettre aux ARS leurs comptes certifiés (art. L. 6161-3 CSP), mais aucune consolidation de ces données n'existe.

- [61] L'effort d'investissement, pour autant qu'on puisse en juger d'après les données sur les seules sociétés d'exploitation, ne permet pas d'établir que le secteur privé a plus ou moins investi que le secteur public : il est sensiblement identique sur la période, si ce n'est que les cliniques semblent avoir concentré leurs investissements massifs avec deux à trois ans d'avance sur le secteur public (hors dépenses d'investissement incluses, le cas échéant, dans les loyers).

Tableau 6 : Efforts d'investissement entre secteurs public et privé

Effort d'investissement*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Secteur privé**	n.c.	6,9%	6,4%	8,4%	10,4%	10,2%	8,7%	7,6%	5,7%
Secteur public	6,1%	6,8%	7,8%	8,2%	9,2%	9,4%	9,9%	10,3%	9,6%

*L'effort d'investissement est défini comme le montant total d'investissement rapporté au chiffre d'affaire.

**sous les réserves mentionnées supra. Les efforts d'investissement inscrits ici sont donc des minorants de l'effort d'investissement réel du secteur privé.

Source : DREES, d'après données DGFIP, 2002-2010 pour le secteur public ; DREES, d'après données des greffes de tribunaux de commerce, pour le secteur privé (données non exhaustives).

Recommandation n°1 : Améliorer la connaissance statistique de la situation des cliniques privées et des ESPIC (DREES, DGOS, ARS, greffes des tribunaux de commerce)

1.4 Justifiés au départ, les plans nationaux d'aide à l'investissement ont contribué à accroître l'endettement et connu quelques dérives

1.4.1 Dans la période antérieure au plan H2007, des mécaniques déficientes :

- [62] Le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) a été créé par la loi de finances pour 1998 au budget santé, solidarité et ville (chapitre 66-12). Il est doté au départ de 500 MFr d'autorisations de programme et de 150 MFr de crédits de paiement.
- [63] La circulaire d'application prévoyait que la participation de l'État varierait entre 20 et 50 % du montant subventionnable et que les projets devraient être compatibles avec les orientations du SROS. Etaient également pris en compte l'impact sur l'offre hospitalière et l'effet d'entraînement sur des opérations en gestation. Le retour sur investissement devait intervenir dès la troisième année suivant l'achèvement des travaux.
- [64] Le démarrage du fonds a tardé en raison notamment des lenteurs de la ré-instruction opérée au cabinet du ministre. Les AP n'ont été déléguées qu'en fin d'année et n'ont donné lieu qu'à une faible consommation en crédits de paiement la première année. Quarante six seulement des quatre vingt onze dossiers proposés par les ARH furent retenus.
- [65] En 1999, soixante seize dossiers furent présentés pour 250 MFr d'AP, mais de nombreux projets sont apparus à nouveau non recevables.

- [66] La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de 1999, s'interroge alors sur les besoins de financement des investissements des établissements publics de santé pourtant confrontés à des obligations de mise aux normes de sécurité, de désamiantage et de lutte contre les infections nosocomiales. Or, dit la Cour, les crédits budgétaires du chapitre 66-11 « subventions d'équipements sanitaires » sont inexistantes depuis plusieurs années. Comme le relève la Cour, aucune nouvelle ouverture d'AP n'intervient sur ce chapitre en 1999 et les insuffisances de CP provoquent des retards de paiement des entreprises. Dans le même temps, la CNAMTS cesse l'aide qu'elle accordait aux établissements sanitaires sous forme de prêts sans intérêt.
- [67] Lorsque la Cour des comptes rend son RALFSS 2002, la situation ne s'est pas sensiblement améliorée. Les autorisations de programmes inscrites au budget de l'État entre 1998 et 2000 se montent à 144,83 M€ (à comparer avec un besoin initialement estimé à 457,35 M€ sur trois à cinq ans). Entre la LFR 2000 et la LF 2002, une accélération se fait jour et un montant de 358,25 M€ d'AP est ouvert (encore cette inscription tient-elle compte d'annulations de crédit survenues en 2001).
- [68] Les montants en cause sont à comparer à la dépense annuelle d'investissement des hôpitaux estimée par la Cour à 2,6 Md€ en 1999.
- [69] Un fonds de modernisation des cliniques privées est créé pour cinq ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 afin de financer des investissements de mise en adéquation aux SROS. La dotation à charge de l'Assurance maladie passe de 15,24 M€ en 2000 à 91,47 M€ en 2002 tandis que la mission du fonds est étendue à des mises en conformité et à l'accompagnement des politiques sociales des établissements, le FMCP étant ici le pendant non plus du seul FIHMO mais encore du FASMO du secteur public.
- [70] En dépit des montants restreints de ces fonds, la Cour des comptes note dans son rapport sur le PLFSS de 2002 qu'un trop faible nombre d'opérations significatives est retenu, que la lenteur de la procédure d'attribution tient essentiellement à sa centralisation au niveau national, retardant des ouvertures de chantier et provoquant le désistement d'établissements découragés par l'attente. Enfin, le saupoudrage renforce l'inefficacité du système. Alors que le taux de participation du FIHMO devait être de 20 % au moins, le taux moyen des subventions accordées par le ministère de la Santé se situe selon les années, entre 14 % et 18 %.

1.4.2 Le plan H2007 un plan nécessaire de rattrapage des investissements, axé initialement sur les restructurations mais accompagné de dérives dues en partie à la non prise en compte de la mise en place de la T2A

1.4.2.1 Un plan de relance justifié et initialement destiné à soutenir les restructurations

- [71] L'échec du mécanisme FIHMO et le besoin de relancer l'investissement hospitalier conduisent les pouvoirs publics à mettre en place le volet « investissement » du plan H2007 qui en comporte trois (changement de la gouvernance ; réforme de la tarification ; reprise de l'investissement).
- [72] Le plan est transféré de l'État à la charge de l'Assurance maladie. Un montant d'aide à l'investissement est prévu pour 6 Md€ sur cinq ans devant financer un même montant d'investissement. Ce financement à 100 % n'exclut pas l'emprunt puisque les aides interviennent en grande partie sous forme de dotations de fonctionnement, compléments de dotation globale, qui deviennent des dotations en AC à partir de la mise en place de la T2A.

[73] Les ARH sont invitées par circulaire DHOS/F/2003 /139 du 20 mars 2003 à élaborer un plan pluriannuel régional d'investissement (PPRI) qui distingue un objectif régional pluriannuel d'investissement (ORPI) correspondant au montant des investissements supplémentaires que doivent générer les aides en capital et en fonctionnement du plan H2007 (il est attendu une augmentation de l'ordre de 30 % du volume annuel des investissements hospitaliers). Les PPRI devaient être remontés au ministère de la santé pour le 15 mai 2003 et ajustés en deux temps entre le 15 mai et le 4 juillet 2003 avec l'aide d'une mission créée pour l'occasion, la Mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH).

[74] Le plan reposait sur deux mécanismes de financement distincts :

- des aides en capital à hauteur de 1,6 Mds € issues du FMESPP (fonds financé sur les crédits d'Assurance maladie et succédant au FIHMO, au FASMO, fonds de soutien social et salarial et au FMCP) ;
- des aides en fonctionnement en crédits ONDAM. Ces aides en aides à la contractualisation (AC) sont des recettes du compte d'exploitation de l'établissement. Elles sont en l'occurrence destinées à couvrir l'augmentation des dépenses de groupe 4. Dans le cadre du plan H2007, des aides sont attribuées de manière reconductible pour 20 ans. Elles sont intégrées en base de reconduction budgétaire. Cette base de reconduction a été augmentée de manière échelonnée dans le temps (quatre ans de 2004 à 2007), mais la durée pendant laquelle chaque année l'établissement perçoit la dotation est bien de vingt ans. Compte tenu de la durée de versement total et du fait que l'établissement doit, la plupart du temps, emprunter dès le début de la période, la DGOS retient qu'un montant d'aide en dotation AC reconductible sur 20 ans équivaut à un taux de subvention de 12,054 fois le montant pour un taux d'intérêt de 5,5 % ;
- les aides en dotation correspondent à un montant final d'aides à l'investissement de 4,4 Md€ Ce montant d'aide se traduit par l'engagement chaque année pendant cinq ans de 80 M€ reconductibles en moyenne. Ces montants sont reconductibles d'une année sur l'autre. Dans les premiers calculs de la DHOS, 400 M€ de dotations reconductibles auront été distribués pendant les cinq ans du plan permettant d'assurer un montant d'aide estimée à 4 Md€, puis 430 M€ permettant un montant d'aide de 4,5 Md€¹¹. Les aides en fonctionnement sont destinées à financer les amortissements et les intérêts des emprunts mobilisés ainsi que, le cas échéant, des loyers induits par des opérations externalisées de type BEH ou PPP. Les aides en fonctionnement prennent la forme de dotations spécifiques s'ajoutant aux dotations globales des établissements publics et PSPH. À partir de 2005, elles deviennent des dotations AC pour les parties d'activité en médecine, chirurgie, obstétrique des établissements anciennement sous dotation globale.

[75] Les cliniques privées n'étant pas éligibles aux aides en fonctionnement du plan H2007 sont considérées comme prioritaires pour l'attribution des subventions du FMESPP, mais pour des niveaux d'aide qui seront en moyenne plus faibles que pour les hôpitaux, variant entre 20 et 30 % pour n'atteindre qu'exceptionnellement un taux d'aide de 50 %.

[76] Les ARH sont invitées à « cibler le bénéficiaire du dispositif sur un nombre d'opérations limité, permettant un effort massif sur des opérations prioritaires structurantes ». Dans une autre partie de la circulaire il est également fait référence à la mise en œuvre des plans nationaux cancer, urgences, périnatalité.

¹¹ Dans la circulaire du 30 mars 2003, les montants d'investissements sont indiqués pour 6 Md€ équivalant au montant d'aide à l'investissement ; dans le dossier de presse de juillet 2003 le facteur de conversion de la dotation AC en montant d'aide à l'investissement est encore évalué à 10. En 2006, la DHOS se réfère à un facteur de conversion de 12,054 pour un investissement réalisé en loi MOP, amortissable en 20 ans et faisant l'objet d'un prêt à 5,5 % sur 15 ans

1.4.2.2 Des dérives successives sur les nombres d'opérations et le montant des investissements réalisés

- [77] Dès le mois de mars 2003, les dossiers d'opérations éligibles au FIHMO, qui avaient été déclarés complets au 31 décembre 2002 mais n'avaient pu faire l'objet d'un arrêté de subvention ont été intégrés à la demande du ministère de la Santé dans les PPRI des ARH. Les opérations aux dossiers FIHMO encore incomplets ont été laissées à la bienveillance des ARH qui, dans la pratique, les ont presque toutes retenues. Le taux de financement des opérations retenues au FIHMO étant particulièrement faible, cette intégration a contribué à faire baisser le taux d'aide des opérations du plan H2007. Selon la Cour des comptes dans son RALFSS 2010 ces programmes ont représenté « 326 opérations sur les 937 retenues, soit 1,3Md€ en 2003. Fin 2007, ce montant, réévalué en fonction des surcoûts était estimé à plus de 2,3Md€ ».
- [78] Dès le mois de juillet 2003, le ministère de la santé confronté à un nombre de projets et à un montant d'investissements présentés par les ARH très supérieur aux prévisions initiales, renonçait à la co-instruction envisagée dans la circulaire du 30 mars 2003. **Un nouvel ORPI national était fixé à 10,2 Md€**, comme indiqué dans le dossier de présentation par le ministre à la presse du plan d'investissement tandis que le montant d'aide demeurait fixé à 6 Md€ soit un taux de subventionnement par le plan H2007 ainsi ramené à 59 %. Les 41 % restants peuvent faire l'objet de financement sur les marges de manœuvre régionales des ARH, les ressources disponibles des établissements, ou l'emprunt. À ce moment, 937 opérations, aussi bien mobilières qu'immobilières sont retenues au plan. Ainsi, l'objectif de retenir un nombre d'opérations limité est-il déjà en péril.
- [79] **En 2004, le montant prévisionnel des opérations** retenues dans le cadre du plan représentait **14,624 Md€** pour un montant d'aide H2007 inchangé, ce qui ramenait le taux d'accompagnement à 43 %.
- [80] Dans le dernier bilan effectué par la MAINH en mai 2009, le nombre d'opérations inscrites au plan a plus que doublé, passant de 937 à 1927 opérations. Ce doublement n'est qu'en partie significatif. Si des opérations immobilières ont été effectivement rajoutées au profit de cliniques privées en Île-de-France et en PACA, ou au profit du programme régional d'amélioration de la sécurité en Alsace, on note une ventilation des enveloppes de SIH sur 518 opérations et les opérations relatives aux équipements médicaux étaient au nombre de 313. Les opérations strictement immobilières sont répertoriées pour 1049.
- [81] Par ailleurs, l'article 61 de la LFSS 2006 a réduit de 405M€ à 327M€ le montant du FMESPP ramenant les subventions d'investissement à 100M€ l'exposé des motifs précise clairement que la charge de l'amortissement et les frais financiers d'un montant accru du recours à l'emprunt seraient compensés par des dotations directes de l'Assurance maladie.
- [82] Cependant le montant total des opérations intervenues dans le périmètre du plan H2007, concept subtilement distingué par la MAINH de celui d'ORPI cible, mais non réellement explicité est-il évalué en mars 2009 à 15,970 Md€ La Cour des comptes regardait d'ailleurs ce chiffre comme sous-estimé car non encore définitif. Sur cette base, le taux de subvention du plan se situait à 39 % pour les opérations des établissements publics de santé, alors que dans le projet initial, il était prévu un financement à 100 % (hors reprise des opérations FIHMO). Il n'est pas étonnant dans ces conditions que l'équilibre financier de ces établissements ait été durablement entamé.
- [83] La Cour a par ailleurs relevé que des aides non incluses dans le plan H2007 avaient été attribuées en raison d'un interventionnisme sélectif du ministère de la santé essentiellement en direction des CHU pour un montant qu'elle estimait à 580M€ soit 10,2 % des aide délivrées par ailleurs dans le cadre du plan H 2007.

- [84] Le plan H2007 a cependant permis un grand nombre de restructurations et des modernisations indispensables.
- [85] Le bilan dressé par la MAINH fait, d'autre part, état d'une modernisation effective des établissements comportant une amélioration des conditions d'hébergement, le nombre de chambres individuelles passant d'un taux moyen de 40 % à 60 %, une mise aux normes de la sécurité incendie, un accompagnement du développement des capacités et de l'activité ambulatoire.
- [86] S'agissant du caractère restructurant des opérations immobilières, la MAINH dans son bilan de 2009 note que 24 reconstructions immobilières ont dépassé 100 M€ en montant d'opérations. 235 opérations sont présentées comme des opérations de complémentarités et de recombinaison de l'offre de soins ; mais 171 seulement, parmi celles-ci, sont des opérations immobilières ; le plan H2007 a ainsi permis de regrouper un nombre non négligeable de cliniques privées mais aussi quelques établissements publics tels le centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône ou le pôle de santé Sarthe-et-Loir, ou encore de regrouper entièrement ou partiellement des cliniques privée et des établissements publics sur un même site comme à Épernay ou Pontivy-Loudéac.

1.4.3 Le volet investissement du plan psychiatrie et santé mentale : des investissements tardifs et retardés

- [87] Le plan psychiatrie et santé mentale couvrant la période 2005-2010 comportait un volet investissement. Ce volet ne prétendait nullement au monopole du financement des opérations d'investissement en hôpital psychiatrique. Le plan H2007 comportait en effet des investissements en établissement de santé mentale.
- [88] En effet, alors que le patrimoine immobilier couvrait 3800 hectares et 4900 bâtiments dans 116 sites principaux d'hospitalisation publique, la sécurité y demeurait mauvaise et passable dans 20 % des cas. Un quart des chambres n'avait ni WC ni douche. Le plan se donnait pour ambition de remettre en état 10 % des surfaces recensées en 2000, d'en restructurer 21 autres % et d'en supprimer 11 %.
- [89] Le plan, décliné en plans régionaux d'investissement en santé mentale (PRISM) comprend la prise en compte d'un montant de 1,5Md€ d'investissements accompagnés à hauteur de 750 M€ Le financement est réparti entre subventions du FMESPP et annuités ONDAM (en principe 20 annuités pouvant être versées jusqu'en 2037).
- [90] Selon le rapport de décembre 2011 de la Cour des comptes consacré à ce plan¹², à fin 2011, 59 % des 329 projets validés avaient été livrés ou étaient proches de l'être. Les travaux de 58 opérations n'étaient pas commencés. Le coût initialement prévu de 1 339 M€ pour les 271 opérations alors livrées ou en travaux s'élevait, après actualisation, à 1 460 M€ Ceci entraîna l'augmentation de l'enveloppe prévisionnelle du plan portée à 1,8 Md€ en raison des dépassements et du rajout en 2009-2010 des opérations de sécurité. Le bilan réalisé par l'ANAP en novembre 2011 montre que la moitié des opérations et les trois quarts des financements ont concerné l'hospitalisation complète.

¹² Cour des comptes : l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » - décembre 2011.

1.4.4 Le plan H2012, un début de maîtrise suivi d'une semi-disparition

1.4.4.1 Une réorientation des objectifs et des procédures

[91] Afin de tenir compte des enseignements résultant de l'évaluation du plan H2007, les circulaires de lancement du plan H2012¹³ introduisent une procédure de sélection fondée sur deux niveaux d'instruction (au niveau régional puis au niveau national dans le cadre d'un comité national de validation et des critères centrés sur la soutenabilité financière et sur la recherche de l'efficacité). Le calendrier de mise en œuvre du plan était prévu en deux tranches :

- la première tranche, correspondant à 50 % de l'objectif global de volume d'investissements du plan (5 Md€ d'opérations), débuta dès 2007 avec la répartition de l'objectif entre les régions sur la base des perspectives démographiques à horizon 2020, corrigées du coefficient géographique et d'un coefficient d'insularité pour les DOM et la Corse. Les projets sélectionnés par les ARH ont été soumis dès le mois de mars 2008 à l'expertise nationale qui s'est elle-même déroulée selon deux fenêtres d'instruction, l'une en 2008 et l'autre en 2009 ;
- la seconde tranche du plan aurait dû être lancée au mois de septembre 2011.

[92] Parmi ses grandes orientations, le plan H2012 gardait l'objectif du maintien d'un haut niveau d'investissement et celui de l'appui à la mise en œuvre des SROS II introduisait celui du soutien à des opérations répondant aux critères d'efficacité. Il insistait plus que le précédent plan sur le développement des systèmes d'information hospitaliers. Enfin, une réserve était ménagée pour des opérations de mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel (telles que risques sismiques ou désamiantages massifs).

[93] Pour un montant d'investissement à retenir au titre du plan H2012 sur l'ensemble de la période, le soutien spécifique de l'Assurance maladie était prévu à hauteur de 5 Md€

[94] D'une part des subventions d'investissement (aide en capital) sont financées par la voie du FMESPP, pour un montant global de 1,2 Md€ et d'autre part, des dotations de fonctionnement sont prévues dans l'ONDAM en vue de couvrir le coût du recours à l'emprunt, à hauteur de 3,8 Md€. Les hypothèses de taux, retiennent un taux de 5 % pour les emprunts à 20 ans.

[95] Ce dispositif est complété, à hauteur de 2 Md€ par des prêts à taux préférentiels de la CDC, l'intervention de celle-ci étant limitée à 50 % des montants empruntés.

1.4.4.2 Le bilan de la 1^{ère} tranche du plan H2012

[96] Au terme de la 1^{ère} tranche, le niveau des investissements validés s'élève à 4,57 Md€, soit 91,5 % de l'objectif initial de la tranche 1, et à 2,2 Md€ d'aides.

[97] Les investissements immobiliers représentent 85 % des investissements validés. Les taux d'aide sont plus élevés pour les opérations relatives aux systèmes d'information : 51 % contre 48 % pour les opérations immobilières.

¹³ Circulaires DHOS/F2/248 du 15 juin 2007 et DHOS/F2/2007 :438 du 12 décembre 2007

Tableau 7 : Bilan de la tranche 1 du plan H2012

	Nombre de projets	Montant d'opération (en k€)	Montant d'aides (en k€)	Taux d'aide
Enveloppes régionales				
Dossiers présentés	735	5376		
Opérations validées	633	4575	2202	48%
Taux de validation	86%	85%		
<i>Dont SIH</i>	472	692	349	51%
<i>Dont immobilier</i>	161	3883	1852	48%
<i>Dont privé</i>	195	611	216	35%
<i>Dont public</i>	338	3547	1802	51%
<i>Dont PSPH et autres</i>	100	418	184	44%
Enveloppe nationale de mise aux normes expertisées en T1 et financées en T2				
Dossiers présentés	21	1207		
Opérations validées	7	908	783	86%

Source : chiffres DGOS

- [98] À ceci s'ajoutent les investissements validés au titre des mises aux normes exceptionnelles, estimés provisoirement à 910M€
- [99] L'instruction a porté, dans un premier temps, sur la sélection régionale des projets qui, sur près de 2 000 dossiers, a fait remonter à l'expertise de l'échelon national moins de 40 % d'entre eux. Le comité national de validation a été amené à étudier 735 dossiers et à en retenir 633 (86 %) dont 161 à caractère immobilier et 472 consacrés aux systèmes d'information hospitaliers. Pour ces derniers, 72 % portent sur la production de soins, les autres se répartissant entre les fonctions médico-techniques (15 %) et les infrastructures SI (7,5 %). 53 % des dossiers SIH présentés s'inscrivent dans un projet mutualisé inter-établissements. Près de 15 % des enveloppes régionales ont été consacrés aux SIH dès la 1^{ère} tranche.
- [100] À l'instar du plan H2007, les projets validés lors de cette première tranche font l'objet d'un suivi dans le cadre du dispositif de revues des projets d'investissements inscrits au titre des différents plans nationaux (plan H2007, plan de santé mentale...).
- [101] Les revues de projets 2011 se sont déroulées durant le 1^{er} semestre, en lien avec les 26 ARS, en vue de s'assurer du bon déroulement des opérations concernées en termes de calendrier, de dimensionnement et de coûts, d'apporter des réponses adaptées en cas de divergences ou de dérives constatées par rapport au projet initial, voire le cas échéant de déprogrammer des opérations ; mais aussi de s'assurer que la délégation des crédits s'accomplissait en cohérence avec l'état d'avancement des projets.

1.4.4.3 La deuxième tranche du plan H2012 : un phénomène d'évanouissement

- [102] La deuxième tranche du plan H2012 n'a officiellement pas donné lieu à décision dans l'espace de temps prévu. Les instructions ont bien eu lieu et les décisions suspendues et retardées sous divers prétextes, décourageant les équipes hospitalières qui avaient beaucoup travaillé sur leurs projets, et qui attendaient des réponses. En début 2012, diverses lettres d'accord de principe, le plus souvent non assorties de financement ont pu être adressées à différents interlocuteurs, sans que le lien avec la procédure d'instruction puisse être établi.

1.4.5 Les plans nationaux ont contribué à réaliser les objectifs de modernisation de établissements hospitaliers et de recomposition de l'offre de soins au prix d'une fragilisation de la situation financière de ceux-ci et de dérives factuelles

[103] Les plans nationaux (H2007, H2012 et PRISM) ont couvert selon les bilans de la MAINH, de l'ANAP, et de la DGOS : 22,4Md€ L'effet d'entraînement de ces plans singulièrement le plan H2007 a joué bien au delà de l'augmentation initialement envisagée, prévue à 30 % au début du plan H2007. Sur la période 2002-2011, le montant des investissements des seuls EPS a été de 52,3 Md€; sur la période 2003-2011 le montant a été de 49,2Md€ Si la dépense 2012 était comme on peut s'y attendre de l'ordre de 6 Md€, le montant des investissements hospitaliers publics de 2003 à 2012 serait de 55,2 Md€

Tableau 8 : Bilan des dépenses des plans nationaux (hors PRISM)

	Investissement	dont aides
H2007		
Immobiliers	15,9Md€	5,2Md€
SIH	394M€	250M€
Équipement	506M€	326M€
Total H2007	16,8Md€	5,8Md€
H2012 Tranche 1		
Immobiliers	3,9Md€	1,8Md€
SIH	671M€	339,8M€
Mise aux normes	1,01Md€	
Total H2012 T1	5,6Md€	2,2Md€

Source : DGOS, 2012, tous établissements publics et privés

[104] Les plans nationaux ne constituent pas un mode de financement stable des investissements immobiliers et entraînent, outre les effets d'aubaine, un phénomène de cyclisation des investissements, avec des investissements lourds et concentrés sur une courte période, entraînant des difficultés singulières de financement.

[105] Les plans nationaux sont également susceptibles de perturber l'équilibre entre l'offre et la demande de constructions de bâtiments hospitaliers avec, le cas échéant, une forte hausse des prix de la construction et donc un surcoût de l'investissement, en concentrant sur une très courte période une forte demande hospitalière.

[106] En raison de leur sensibilité à des contraintes de réalisation dans le temps (aboutissant notamment à une instruction incomplète voire très réduite au niveau régional et davantage encore au niveau national), ou d'affichages destinés à attester de leurs succès, ils se prêtent à plus d'interventions diverses en vue d'être sûr d'embarquer sur le bateau en partance.

[107] Pour autant, des projets nécessaires ont pu être laissés à quai. C'est le cas de la réorganisation de l'hôpital Saint Joseph à Marseille (voir encadré) ou encore des hôpitaux de Bichat et Beaujon de l'AP-HP.

L'hôpital Saint Joseph de Marseille : les oubliés d'un plan oublié

L'hôpital Saint Joseph est un hôpital généraliste de 806 lits et places de MCO (et à ce titre le troisième établissement de santé de la région PACA) situé dans les quartiers sud de Marseille, à quoi se rajoute 56lits de SSR sur un autre site, 30 places d'HAD et 18places de SSIAD. Son activité comporte 59000 entrées par an, 30000 interventions sous anesthésie par an, 54000 passages aux urgences et 4016 naissances.

Cet établissement à but non lucratif comprend une fondation propriétaire des murs et une association qui assure l'exploitation hospitalière. Elle a absorbé en 2006, l'hôpital de la Croix rouge et la clinique de la Renaissance.

La recomposition de l'offre de soins à Marseille est marquée par le transfert en direction des autres implantations de l'AP-HM des activités MCO de l'hôpital Sainte Marguerite, situé au sud de Marseille qui sera désormais orienté vers la gériatrie, le SSR et les soins de longue durée vers les autres implantations de l'AP-HM (La Timone et Hôpital Nord)et par le transfert sur le nouveau site d'Euroméditerranée au Nord de Marseille, de l'hôpital à but non lucratif Ambroise Paré, par ailleurs fusionné avec l'Hôpital Paul Desbief. Le maintien d'un Hôpital généraliste en partie sud de Marseille présente donc désormais un intérêt stratégique, dans une partie de la ville et de l'agglomération appelée à voir sa population croître y compris du fait de la création de quatre ZAC Or, l'établissement présente sur son site, des carences significatives qui ne peuvent pas être surmontées par une extension du foncier en raison du caractère enclavé de ses constructions dans un tissu urbain dense. Des urgences inadaptées dont la mission a pu constater à quel point elles étaient peu fonctionnelles, des secteurs d'imagerie dispersés sous dimensionnés et difficiles d'accès, un ratio m²/lit faible rendant difficile le passage de lits et par voie de conséquence problématiques les évacuations dont la mission a pu constater à quel point elles étaient peu fonctionnelles.

Un projet d'extension et de rénovation du bâti sur site a donc été mis au point. Il a fait l'objet d'échanges méthodologiques et techniques avec l'ARH avant son dépôt. Le projet est phasé et vise à réaliser un bâtiment sur 28 000m² SDO, dont 85 000m² existants détruits en vue d'adapter les urgences à une activité qui a augmenté de 33 % en un an, de regrouper les secteurs d'imagerie, de créer un bloc d'ambulatoire regroupant les trois sites actuels et la radiologie interventionnelle.

Le projet comprend une tranche ferme de 103M€et deux autres de 25M€et 20M€ L'association limite à la première tranche sa demande d'aide financière à hauteur de 32M€ Le coût au m² proche des références ANAP est inférieur à celui d'autres grands chantiers de la région. Le projet n'a pas pu être retenu à la première tranche du plan H2012. Il n'y a pas eu de deuxième tranche du plan H 2012en matière immobilière. L'association n'a pas engagé les travaux. Le DG ARS s'est déclaré, en juin 2012, favorable à ce dossier.

- [108] Ces opérations sont nécessaires à un titre ou un autre et ne peuvent se réaliser sans un financement extra tarifaire guidé par une analyse médico-économique pertinente
- [109] Les plans nationaux se sont enfin traduits par une fragilisation financière des établissements de santé et ont contribué à l'augmentation de l'endettement de ceux-ci.
- [110] Ainsi, l'ANAP estime-t-elle que les établissements élus à la tranche 1 du plan H2012 présentent en moyenne une situation financière fragile nécessitant un recours à l'emprunt élevé pour le financement de leur opération et donc un endettement prévisionnel en forte progression sur les prochaines années.

- [111] Sans doute une partie des difficultés rencontrées pourrait-elle être écartée à l'avenir. Au moment du lancement du plan H2007, les établissements n'avaient pas fait leur les mécanismes de prévision de l'activité et donc de recettes liés à la mise en place de la tarification à l'activité ; les structures d'accompagnement ont dû se construire en même temps que les plan eux-mêmes ; les outils n'ont été mis en place qu'après coup, qu'il s'agisse des outils juridiques et financiers tels que PGFP et EPRD ou des outils de calcul économique tels que EIFIC-HOS.
- [112] Cependant, les dysfonctionnements majeurs semblent bien venir d'une utilisation trop générale des financements extra tarifaires qui auraient sans doute dû être réservés, plus que cela n'a été le cas, à des opérations de recomposition de l'offre de soins (regroupement d'établissements complets ou regroupement de plateaux techniques sur site unique), et de plans de financement laissant une place trop importante à l'endettement. Comme le note la Cour des comptes, les régions qui ont connu le moins de problèmes sont celles qui comme l'Aquitaine ont fait le choix d'un petit nombre d'opérations restructurantes et fortement aidées, rejoignant en cela l'esprit initial du plan tel qu'il était exposé dans la circulaire de mars 2003.

Recommandation n°2 : Abandonner les plans de financement à caractère périodique au profit d'un processus continu et pérenne d'aide à l'investissement (CGI, Ministère chargé de la Santé).

2 CHOIX DE L'INVESTISSEMENT : DES DECISIONS MICROECONOMIQUES QUI DOIVENT S'INSCRIRE DANS LA REGULATION TERRITORIALE ET NATIONALE

2.1 Investir est indispensable : il existe un niveau d'investissement courant incompressible et la restructuration de l'offre de soins nécessite d'investir

2.1.1 L'investissement est indispensable et souvent nécessaire à la restructuration de l'offre hospitalière

- [113] Contrairement à ce qui a été affirmé à la mission par certains interlocuteurs, l'absence d'investissement n'est pas une stratégie gagnante, même s'il convient de mûrir dûment les projets d'investissement. Investir est la condition nécessaire à l'adaptation et au maintien du parc hospitalier en phase avec les exigences d'accès aux soins, de qualité et de sécurité des soins, et de respect de l'ONDAM.
- [114] Tout d'abord, L'investissement, notamment dans l'entretien et la maintenance de l'immobilier, est indispensable pour maintenir le parc en état satisfaisant pour la qualité et la sécurité des soins. On peut également penser, sans pouvoir le démontrer, qu'il est plus efficient d'entretenir convenablement le patrimoine en investissant régulièrement plutôt que de provoquer une obsolescence génératrice d'une rénovation ou d'une reconstruction très coûteuse. Il est à cet égard notable de voir que les dépenses d'entretien et d'investissements sont régulièrement obérées par la contrainte financière. Une telle politique, compréhensible sur une période transitoire, paraît toutefois néfaste si elle est poursuivie à plus long terme.
- [115] Surtout, l'investissement en immobilier lourd constitue la respiration du système, étant bien souvent une condition nécessaire à la restructuration, interne comme externe, de l'offre de soins : le regroupement d'activités sur un seul site nécessite la construction d'une extension, *etc.* Ces investissements permettant une restructuration, dès lors que le nouveau projet correspond à des hypothèses d'activités sincères et réalistes, sont à l'évidence rentables à terme du point de vue des deniers de l'Assurance maladie.

- [116] Par ailleurs, l'investissement est souvent le facteur déclenchant de réorganisation interne et d'innovation, notamment en termes d'informatique et d'équipement médical, et devrait donc générer un gain de qualité de la prise en charge, ainsi qu'une meilleure efficacité de l'organisation de l'établissement.
- [117] Enfin, l'investissement est le porteur de gains en qualité des bâtis (HQE par exemple), en sécurité des soins (informatique pour la dispensation nominative par exemple), ainsi qu'en sécurité, par un rattrapage des mises aux normes qui est souvent fait à l'occasion d'un projet de reconstruction ou de rénovation.

2.1.2 Il existe une part incompressible de l'investissement courant à 3 %

- [118] Même en période de raréfaction des crédits, il n'est pas inutile de connaître le besoin d'investissement en rythme de croisière, et notamment de voir dans quelle mesure le besoin est inférieur à la capacité collective de financement de l'investissement, afin, le cas échéant, de combler le différentiel par des gains d'efficacité ou une décision de priorisation entre politiques publiques.
- [119] L'évaluation du besoin de financement d'investissement, toutes choses égales par ailleurs (parc hospitalier et partage ville/hôpital constants), peut se faire par les méthodes suivantes :
- [120] Le besoin d'investissement global peut être estimé par une analyse tendancielle des dépenses d'investissement, rapportées aux produits d'exploitation¹⁴.

2.1.2.1 Investissement en équipement médical : un investissement constant d'environ 2 %

- [121] L'investissement en équipement médical est constant à environ 1,8 % des produits d'exploitation, mais subit un très léger effet d'éviction lors de la croissance des dépenses d'investissement d'immobilier lourd. L'investissement en équipement est croissant avec la catégorie de l'établissement, ce qui est assez intuitif. (cf. graphe 1 en annexe 1).

2.1.2.2 Investissement hors immobilier lourd : il existe un seuil d'investissement courant incompressible à 3 %

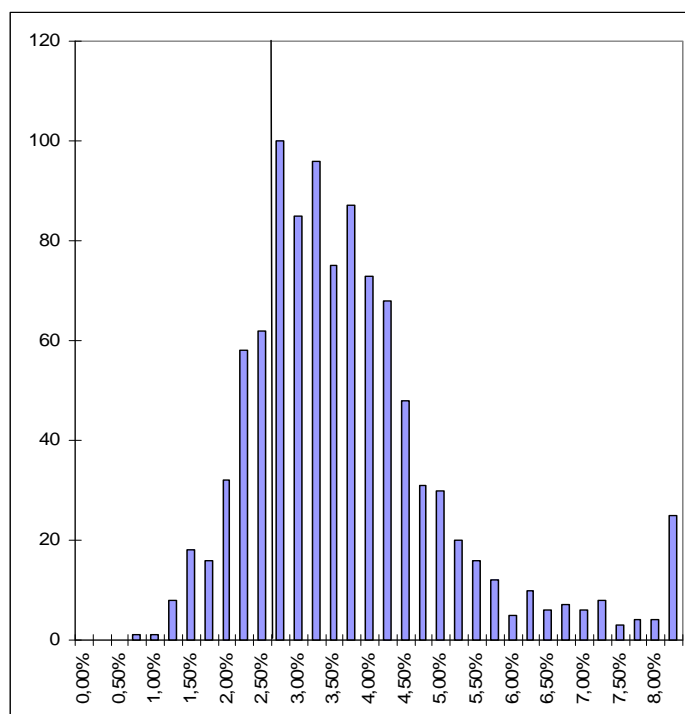
- [122] L'investissement hors immobilier lourd comprend l'investissement en équipement, en installation générale et en investissement incorporel. **Il existe un niveau incompressible situé à environ 3 %¹⁵**. La répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd, calculés sur une période de cinq ans pour tenir compte des durées d'amortissement, cf. graphe ci-dessous, montre en effet une gaussienne tronquée sur la gauche pour les taux d'investissement hors immobilier lourd compris entre 2,75 % et 3 %.

¹⁴ NB : on pourrait être tenté par une approche fondée sur la consolidation des PGFP. L'ATIH a réalisé en 2012 un travail basé sur la consolidation au niveau national des PGFP validés par les ARS. Cette méthode est effectivement susceptible en théorie de donner une visibilité sur les investissements à venir, de l'évolution des équilibres bilanciaux et de la marge brute. Néanmoins, sans évoquer la question de la fiabilité des données, le premier problème rencontré est l'absence d'exhaustivité, puisque si dans l'ensemble les établissements satisfont à l'obligation de transmettre un PGFP aux ARS, tous n'ont pas un PGFP validé par l'ARS.

¹⁵ Ces investissements incompressibles ne comprennent pas la maintenance, notamment préventive (dont la MAINH estime le coût entre 2 et 4 % du coût de l'investissement (Horizons Maintenance, 2009, p.15)), dont les dépenses ne sont pas comptabilisées en investissement.

- [123] La queue gauche de la distribution s'explique par le faible investissement des petits CH qui n'ont pas de plateaux techniques, et ont donc des dépenses d'investissement très réduites. La distribution des taux d'investissement hors petits CH montrent une troncature très nette entre 2,75 % et 3 % (cf. annexe 1).

Graphique 6 : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd (calculés sur 2002-2006 et 2007-2011)



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, HL, CHS, DOM.

- [124] Les taux d'investissement hors immobilier sont décroissants avec la catégorie de l'établissement (cf. graphe 3 en annexe 1).
- [125] Par ailleurs, le taux d'investissement hors immobilier lourd et le taux d'investissement immobilier sont positivement corrélés (0,325), ce qui signifie qu'un surcroît d'investissement immobilier génère un surplus d'investissement hors immobilier, sur la partie installation générale.
- [126] Néanmoins, **si le niveau d'investissement courant incompressible est à 3 %, le taux moyen d'investissement hors immobilier lourd est de 3,9 % en 2011, en légère croissance (cf. graphique 7).**
- [127] Ceci est donc cohérent avec le modèle économique utilisé par les cliniques privées, qui consacrent 2 % du chiffre d'affaire¹⁶ à l'investissement en équipement, 2 % à l'investissement courant hors équipement, le reste allant à l'immobilier lourd.

¹⁶ Le chiffre d'affaires ne doit pas être confondu avec les produits d'exploitation. Les produits d'exploitation sont en effet égaux au chiffre d'affaires net auquel on ajoute les subventions, les reprises sur provisions, ainsi que la production stockée. Le chiffre d'affaires est donc inférieur aux produits d'exploitation, de sorte que 4 % du chiffre d'affaire correspond à un peu plus de 3,5 % des produits d'exploitation.

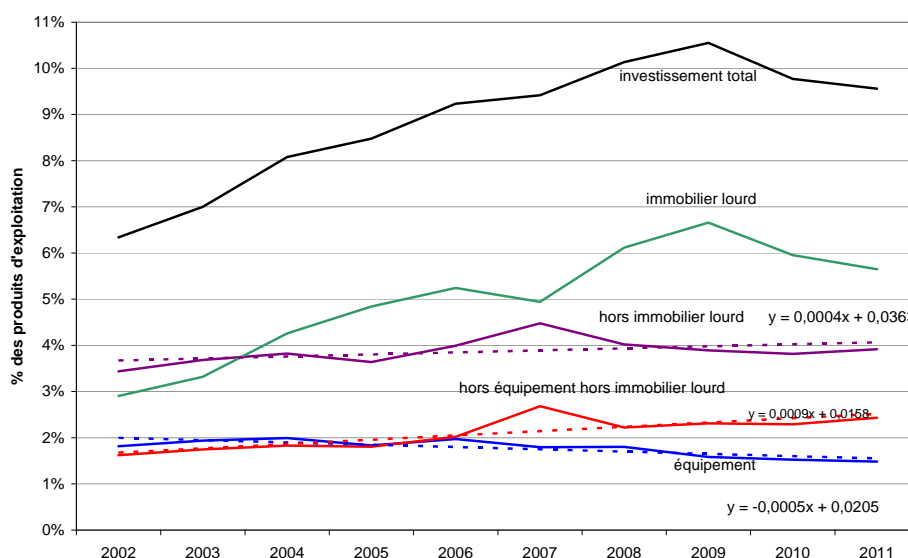
2.1.2.3 Investissement en immobilier lourd : absence de prévisibilité

[128] Étant donné la périodicité et le montant de ces investissements, il n'est pas possible de les estimer autrement qu'en regardant les opérations financées ou devant l'être.

[129] La DGOS adopte également cette approche en distinguant :

- d'une part, l'investissement courant estimé sur la base des données comptables à 3,7 % du budget des établissements au minimum c'est-à-dire environ 2,6 Md€ en 2012. Il progresse chaque année d'environ 2,5 % ;
- d'autre part, les opérations lourdes concernant l'immobilier prises en charge par les établissements eux-mêmes et éventuellement soutenues par les marges régionales des ARS. Elles représentent le solde soit 2,3 % c'est-à-dire 1,6 Md€ En 2012 et 2013, l'effort d'investissement resterait légèrement supérieur à cette moyenne du fait des opérations du plan H2012 en cours d'achèvement. Même sans reconduction de plan, les opérations d'ampleur exceptionnelle, soit une trentaine d'opérations, représenteraient un montant de l'ordre de 8 Md€ sur 10 ans minimum, soit un montant de 0,8 Md€/an.

Graphique 7 : Taux d'investissement par catégorie (en % des produits d'exploitation)



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002 2011 tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

2.1.3 Estimation de l'investissement soutenable

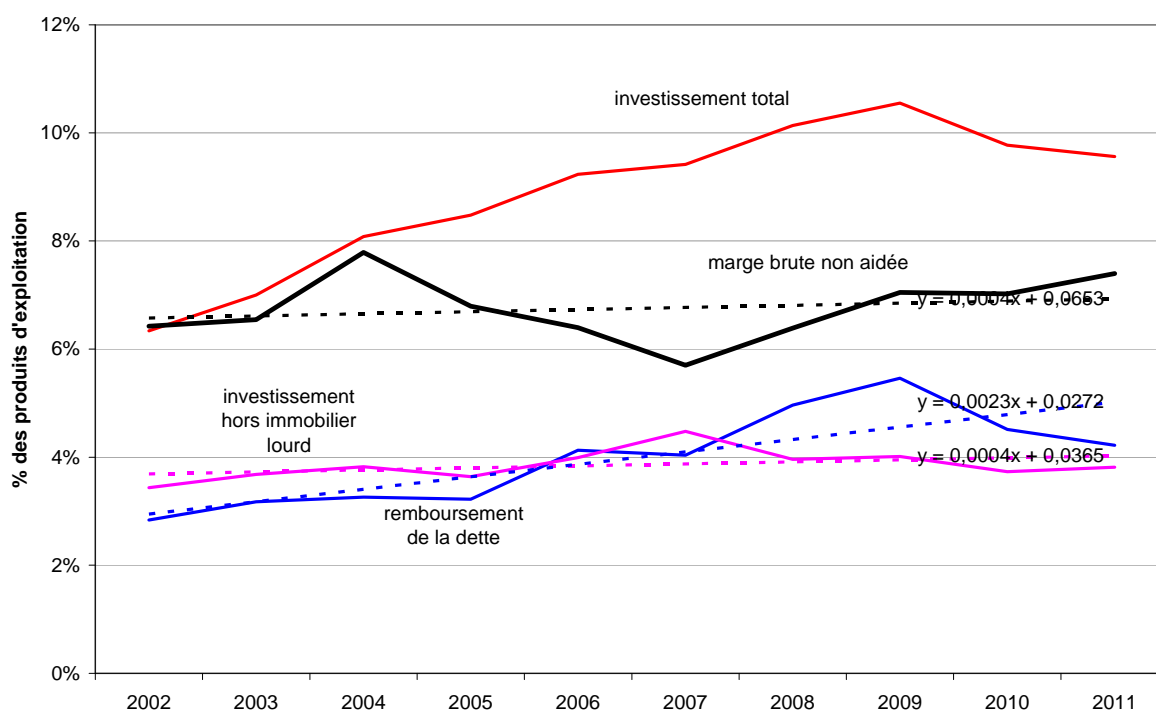
[130] La capacité de financement de l'investissement peut être estimée par le tendancier du taux de marge brute non aidée. La marge brute non aidée, cf. *infra* au 3.3.1.1., constitue la ressource issue de la seule exploitation disponible pour financer l'investissement passé et futur par deux canaux : l'autofinancement des investissements courants, dont on a vu qu'il existe un seuil incompressible à 3 % mais qu'il est plutôt de l'ordre de 4 %, et le remboursement de la dette pour les investissements immobiliers lourds, le service de la dette représentant environ 4 % des produits d'exploitation.

[131] Ainsi, pour que l'investissement soit soutenable et ne soit pas tributaire des aides financières, il est nécessaire de disposer d'une marge brute non aidée de l'ordre de 8 %. Bien que la marge brute non aidée soit en-deçà, puisque le taux de marge brute non aidée est de 5,1 % au niveau national, la moyenne des taux de marge brute non aidée des établissements est, elle, de 7,1 %¹⁷. Un objectif de 8 % de marge brute non aidée semble donc atteignable dès lors que cela devient un objectif.

[132] Pour mémoire, 8 % de marge brute non aidée en 2011 représente 5,3Md€ soit moins que l'investissement total pour 2011 (6,1Md€), mais cela reste d'un ordre de grandeur en phase avec les besoins pressenties *modulo* les aides financières (1,1Md€ de AC investissements en 2011).

[133] **Il est impératif, pour la soutenabilité de l'investissement hospitalier, que les établissements soient amenés à un niveau de marge brute non aidée de l'ordre de 8 % et que l'investissement total soit au niveau de la marge brute.**

Graphique 8 : Emploi de la marge brute entre investissement courant et remboursement de la dette



Source : D'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements publics de santé

¹⁷ La moyenne des taux de marge brute non aidée est la moyenne non pondérée des taux de marge de brute des établissements publics, donne une idée plus proche de la situation microéconomique des établissements. Le taux de marge brute non aidée au niveau national est la somme des marges brutes non aidées de tous les établissements publics divisée par la somme des produits d'exploitation desdits établissements (elle est égale à la moyenne pondérée des taux de marge brute non aidée), et donne une idée de la situation macroéconomique du secteur.

2.2 Les grandes alternatives : faire ou ne pas faire, rénover ou reconstruire

- [134] Lorsqu'un projet est envisagé, la première question que doit se poser l'établissement est celle de savoir s'il est préférable *ex ante* de faire une opération ou de ne rien faire. Si l'appétence pour le neuf est compréhensible, il est en effet des situations où le bâti permet de maintenir l'activité, même si le cadre n'est pas neuf, plutôt que de faire une opération au prix d'un impact sur l'exploitation que l'établissement ne pourrait supporter.
- [135] Si une opération s'impose, il faut alors se poser la question de la rénovation ou de la reconstruction.
- [136] Ces alternatives peuvent être tranchées par un calcul de retour sur investissement (ROI), dès lors qu'il utilise pour la comparaison le seul calcul de la valeur actualisée nette (VAN). En revanche, les outils de calcul du ROI ne permettent pas de vérifier la validité d'une hypothèse capacitaire dont il ya lieu de tester préalablement la pertinence voire la vraisemblance. Les outils de ROI ne permettent en effet que de mesurer l'écart entre un montant d'investissement et un volume d'activité et de recettes permettant ou non de le financer.
- [137] Malgré des coûts *ex ante* généralement comparables, il est souvent recouru à la rénovation, opération, et donc financement, que l'on peut étaler dans le temps, plutôt qu'à la reconstruction qui constitue une dépense d'investissement plus concentrée et que l'indisponibilité des financements peut rendre plus difficile. Par ailleurs, l'expérience montre que, relativement, l'évaluation du coût de la rénovation est davantage minorée *ex ante* que pour les reconstructions.
- [138] Néanmoins, la rénovation, si elle peut paraître comme un moindre mal en période de contrainte budgétaire forte, constitue souvent une solution *in fine* plus coûteuse, alors qu'elle ne permet généralement pas une recomposition de l'offre hospitalière.
- [139] À titre d'exemple, la clinique du Tonkin, de la chaîne Capiro, a examiné l'alternative de la rénovation, pour un coût total estimé à 68M€ vs. une reconstruction sur un nouveau foncier, estimée à 77M€ mais qui permet de disposer d'un bâti modulaire et de regrouper des activités de deux ensembles d'établissements (plusieurs cliniques de la Mutualité rejoignant la clinique du Tonkin). La direction a opté pour l'option de la reconstruction.
- [140] Ces grandes alternatives nécessitent d'être anticipées très en amont, afin de disposer du temps nécessaire pour les diverses négociations, les études et les travaux.
- [141] Ainsi, un cas d'école concerne deux hôpitaux sur le même territoire avec une offre similaire, tous deux en état d'obsolescence avancé. Si demeure pendant la question du regroupement en un seul hôpital plutôt que du maintien et de la rénovation des deux, pour des raisons financières, politiques ou encore de gestion interne, il arrive bien souvent que l'état d'obsolescence finisse par être tel qu'une mise aux normes incendie soit urgemment nécessaire et condamne d'emblée l'alternative du regroupement pour imposer celle du maintien des deux établissements et de leur rénovation, ce qui impacte les coûts d'exploitation pour les décennies à venir.

Les Hôpitaux de Bichat et de Beaujon : reconstruire plutôt que rénover

Les cas des hôpitaux de Bichat et Beaujon démontre bien la nécessité d'une cohérence qui ne soit pas seulement microéconomique.

Pendant de nombreuses années, l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris n'a pas été en mesure de dégager les fonds qui auraient été nécessaires pour assurer la rénovation et la mise aux normes de tous ses établissements. C'est en particulier le cas des hôpitaux de Bichat et de Beaujon.

Ces deux établissements appartiennent au même groupe hospitalier de l'Assistance publique et sont situés, pour le premier dans le Nord du dix-huitième arrondissement de Paris pour le second à Clichy dans les Hauts-de-Seine. L'hôpital Beaujon compte 244 lits de chirurgie et spécialités chirurgicales, 174 lits de médecine et de spécialités médicales, 57 lits de gynécologie obstétrique et 10lits d'urgence. L'hôpital Bichat possède 194 lits de chirurgie et spécialités chirurgicales, 535 lits de médecine et de spécialités médicales, 69 lits de gynécologie obstétrique, 24 lits d'urgence, 60 lits de SSR.

Les avis des commissions de sécurité incendie sont défavorables dans les deux cas. La HAS, elle-même, s'est appuyée sur ces avis pour retenir trois non-conformités majeures :

- la sécurité incendie de la tour de Bichat ;
- la sécurité incendie et l'unité de reconstitution des cytostatiques de Beaujon.

La levée des avis défavorables sur les sites de Bichat et de Beaujon rendraient nécessaires selon de premières estimations de l'AP-HP, un montant de travaux de 93 à 110M€, n'incluant ni le rafraîchissement des services ni la résolution des autres problématiques techniques. De ce fait, cette réalisation *a minima* laisserait se former un risque financier supplémentaire à moyen terme de 236M€ toujours selon les services de l'AP-HP (prise en compte des autres sécurités permettant la pérennisation de la tour de Bichat mais aussi de travaux à effectuer sur le réseau vapeur, la sécurité électrique et l'humanisation du secteur Claude Bernard) à quoi il conviendrait d'ajouter une perte de recettes probable à court et moyen terme.

L'exposé de ces dépenses laisserait pendant le projet de regroupement des deux établissements sur un seul site. C'est pourquoi l'AP-HP a entrepris une réflexion visant à la reconstruction d'un hôpital unifié plutôt qu'une rénovation. Cette reconstruction viserait le regroupement des structures, assorti d'une éventuelle adaptation du volume capacitaire qui permettrait d'apporter une contribution décisive à la couverture sanitaire de la population extra-muros au nord de Paris mais aussi celle du nord de la capitale.

Il est évident que si la rénovation des sites était entreprise, l'importance des sommes allouées rendrait beaucoup plus difficile que l'on entame rapidement une opération de regroupement avec reconstruction sur l'un des sites ou bien en dehors des deux sites actuels. Pour autant, l'absence de réponse à la situation en termes de sécurité ne peut plus guère durer.

C'est la raison pour laquelle la commission médicale d'établissement, à laquelle la question a été présentée par la direction générale de l'AP-HP s'est déclarée favorable à l'engagement d'une réflexion alternative à la mise aux normes, assise sur le regroupement sur un seul site des deux hôpitaux. Cependant, l'absence de financement actuellement disponible risque de contrarier ce projet dont le montant n'est pas encore disponible et dépend pour partie de l'emplacement choisi, mais excèdera manifestement ceux de la rénovation sur les sites actuels. Or, les gains attendus en fonctionnement autant pour la population que pour l'efficacité des établissements, supposent que le regroupement ait lieu et donc que les arbitrages ne soient pas rendus sur le seul critère des dépenses immédiates mais d'une analyse médico-économique de moyen et même de long terme.

2.3 Maîtriser le dimensionnement capacitaire nécessite la sincérité des hypothèses d'activité

[142] Les principales critiques portées aux mauvais investissements du plan H2007 font état d'un surdimensionnement capacitaire et d'une activité prévisionnelle surestimée pour couvrir les charges induites, d'une part, et, d'autre part, d'une insuffisante maîtrise du processus de pilotage technique avec surcoûts induits.

[143] La dérive des coûts et des délais, s'agissant notamment des investissements immobiliers, est souvent illustrée par des risques survenus lors de la phase de réalisation des travaux (défaillance d'un opérateur générant des retards, modification de programme en cours de travaux, contentieux sur malfaçons, *etc.*) mais les risques les plus lourds de conséquences naissent d'abord d'une insuffisante maîtrise des phases amont.

[144] **La cause principale de dérive ou d'échec de l'investissement est la surcapacité.** Pour contrôler le risque de surcapacité, les paramètres suivants, notamment, doivent être maîtrisés autant que faire se peut.

- **Des hypothèses d'activité sincères et réalistes**

[145] La surcapacité peut notamment trouver son origine dans des prévisions d'activités insincères ou irréalistes au regard de l'activité observée. C'est notamment ce que relève la Cour des comptes, dans son bilan du plan H2007¹⁸, mentionnant que certains cas du plan H2007 ont échoué dans leur dimensionnement car ils reposaient sur des hypothèses d'évolution d'activités fragiles. Plus problématique encore et nécessitant encore davantage l'intervention du régulateur, la surcapacité peut aussi résulter de la volonté de l'établissement d'augmenter son activité, par gain de part de marché ou développement d'une nouveau type d'activité sur le territoire.

[146] Ce risque a été relativement contrôlé dans le plan H2012 1^{ère} tranche puisque par défaut les prévisions d'activité étaient stables, sauf explication dûment justifiée.

- **La prise en compte de l'organisation des soins et de la concurrence**

[147] L'autre facteur de surcapacité est la non-prise en compte de l'organisation des soins, et notamment de la concurrence d'autres établissements ou cliniques et d'évolution de part de marché¹⁹.

[148] Sur ce point, la mission s'est étonnée à plusieurs reprises de l'absence de visibilité, au sein des directions d'établissement, sur l'évolution à court et moyen terme des activités hospitalières au sein du territoire de santé. Cette information doit en effet *a minima* relever du dialogue de gestion entre établissements et l'ARS. Il appartient en effet à l'ARS, qui seule a la vision de l'ensemble de l'offre et des projets concurrents, de donner aux établissements une vision réaliste de leurs perspectives d'évolution.

- **La prise en compte de l'évolution des pratiques**

[149] L'évolution des pratiques, par exemple le développement de la chirurgie ambulatoire ou de certains actes de la médecine ambulatoire, est également un facteur important qui impacte à la baisse le besoin de capacité. Ces sujets nécessitent que le ministère de la Santé établisse une doctrine.

[150] Ces prévisions peuvent être anticipées par les établissements eux-mêmes. Ainsi, la clinique du Tonkin concentre-t-elle son dimensionnement capacitaire en partant non pas tant de l'activité que des objectifs de baisse de DMS en vue de définir la capacité cible.

¹⁸ Cf. RALFSS 2009, chapitre VI., p.166

¹⁹ Les parts de marché sont mises à disposition par la FHF.

2.4 Maîtrise du business plan : le PGFP est l'outil fondamental qui doit être axé sur l'objectif de marge brute et la capacité des établissements à réagir aux écarts à la trajectoire

2.4.1 Le PGFP est la formalisation des prévisions de charges et de produits qui doivent reposer sur des hypothèses d'activités sincères et réalistes

[151] L'outil de gestion fondamental formalisant le *business plan* est le plan global de financement pluriannuel (PGFP), figurant en annexe de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Le PGFP est d'abord le document formalisant les prévisions d'évolution des charges et des produits, en amont des travaux, pendant les travaux et après la mise en service. La fenêtre temporelle, dans le cadre d'une opération lourde, doit donc dépasser le cadre minimal des cinq ans du PGFP. De nombreux projets MCO ont adossé leur plan de financement sur des hypothèses de croissance irréalistes, qui associées à des surcapacités et surdimensionnement ont généré des déficits dès les premières années de mise en service. Pour mémoire, un surcoût d'investissement de 10 % augmente de 1 à 1,2 % l'EPRD. Une augmentation de 10 % des effectifs induite par un investissement inapproprié augmente de 7 % le même EPRD.

[152] S'agissant des produits, la prévision de l'activité et des recettes nécessite généralement de retenir des hypothèses simples mais robustes, toutes choses égales par ailleurs : réglementation constante, activité stable (sauf analyse étayée, réaliste et sincère), dotations MIGAC et tarifs constants, *etc.* La sincérité et le réalisme des hypothèses d'activité fait l'objet de vérification par les ARS, mais doit être réalisée avec vigilance plus qu'avec une règle univoque²⁰.

[153] S'agissant des charges, les impacts de l'investissement sont de trois ordres :

- impact sur les charges d'activité (titres 1 et 2), notamment, compte tenu de leur importance dans les charges des établissements, sur les charges de personnel, en particulier en cas d'ouverture, d'extension ou de regroupement de services. Ces charges sont reconductibles et ne s'estompent pas avec le temps ;
- impact sur les charges de maintenance, d'entretien et de renouvellement, dont l'évaluation peut s'appuyer sur les travaux de la MAINH. La fiabilité des charges de titre 3 dépend beaucoup des prévisions d'immobilisations, qui renvoie à la difficulté du calendrier des travaux (*cf.* annexe 2 au 1.1. pour le profil des coûts d'un chantier).
- impact financier direct (provisions, dotations aux amortissements, intérêts), avec la même difficulté de prévision du calendrier des travaux et des versements.

2.4.2 Le PGFP ne se borne pas à la seule couverture financière des investissements

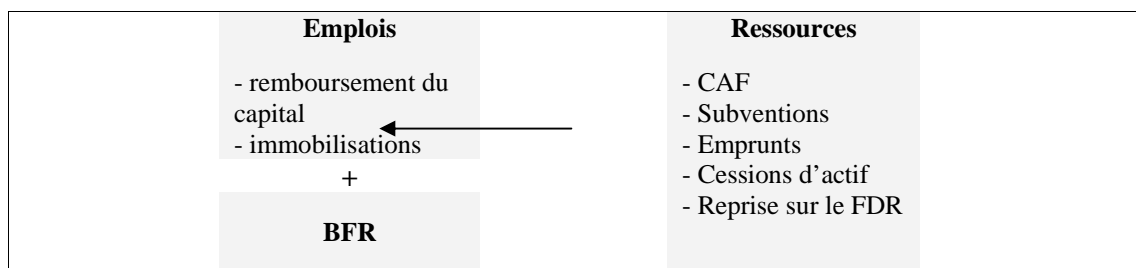
[154] Le PGFP, au travers de ces divers volets²¹ (*cf.* présentation en annexe 2), donne une vision financière des projets d'investissement et doit permettre de contrôler les trois paramètres financiers majeurs que sont la marge brute, l'endettement et la trésorerie.

²⁰ En effet, si l'on peut se féliciter que le plan H2012 ait opté pour des hypothèses d'activités stables par défaut, on ne peut se contenter d'une application univoque de ce critère. Un projet d'investissement sous-dimensionné à cause d'une sous-estimation des hypothèses d'activité peut s'avérer aussi coûteux.

²¹ Arrêté du 5 avril 2012 portant modification de l'arrêté du 4 mai 2010 fixant le plan global de financement pluriannuel des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

- [155] Le PGFP va au-delà de la seule couverture financière des investissements et met en évidence les potentiels déséquilibres financiers *via* les éléments de gestion (marge brute ou CAF insuffisantes, prélèvement sur le FDR, trésorerie exagérée), qui apparaissent annuellement dans les comptes de résultats et les bilans.
- [156] Le PGFP doit notamment permettre de s'assurer que le niveau de FDR est supérieur au FDR de sécurité (*cf. infra* 3.3.3.1.), et de couvrir les éventuelles variations de besoin en fonds de roulement (BFR). Le BFR, variable du bas de bilan, est le besoin de liquidités du cycle d'exploitation du fait des décalages entre les flux financiers entrants et sortants.

Schéma 1 : Couverture du BFR et des emplois de long terme par les ressources de long terme



Source : *La Gestion financière pluriannuelle des investissements hospitaliers publics*, G. de DARAN, C.-A. DOUSSOT-LAYNAUD, Ph. PEYRET, presses de l'EHESP, 2008, p. 75

- [157] La variation du BFR est en effet un paramètre clef de la construction du PGFP, qui conduit à définir un BFR cible, afin que les ressources ne soient pas absorbées inutilement par le BFR et qu'elles permettent ainsi un moindre recours à l'emprunt.

2.4.3 Le PGFP doit être centré sur la tenue de la marge brute, pour s'assurer que la capacité future de l'établissement à investir est préservée

- [158] Le premier indicateur de l'équilibre financier de l'établissement à long terme est la marge brute. Plus que la CAF, qui inclut les résultats financier et exceptionnel, la marge brute donne la capacité économique de l'établissement à couvrir par les recettes de son activité les investissements courants, ainsi que les charges de la dette pour les investissements immobiliers lourds. Cette approche du PGFP par le niveau de marge brute est cohérente avec la fixation par certaines ARS d'objectifs de marge brute aux établissements (*cf. infra* 3.4.) et doit permettre de s'assurer que l'investissement programmé n'obère pas la capacité future de l'établissement à investir.
- [159] En outre, la marge brute constitue un test de cohérence des prévisions, d'une part des produits et, d'autre part des charges. Il a été rapporté à la mission des cas d'établissements transmettant un PGFP avec des prévisions crédibles des produits et des charges, mais dont l'articulation pose problème en atteignant des taux de marge brute irréalistes (de l'ordre de 15 %).
- [160] Il est regrettable que la présentation du PGFP demeure essentiellement focalisée sur la CAF et ne laisse à la marge brute qu'un rôle, pour ainsi dire, de test de cohérence entre prévisions de charges et de produits, alors que le consensus est large sur l'intérêt primordial de la marge brute non aidée dans le pilotage financier de l'établissement :
- si le tableau de projection des comptes de résultat prévisionnels toutes activités confondues présente bien la projection de la marge brute, il serait en revanche opportun d'y ajouter les aides financières et la marge brute non aidée, et de même pour le tableau de projection du compte de résultat prévisionnel principal ;

- le tableau de financement prévisionnel ne fait apparaître que la CAF et non la marge brute non aidée alors qu'il constitue, avec le tableau de variation des équilibres, les éléments déterminants du PGFP nécessaires à la décision d'approbation.

[161] Par ailleurs, même si l'encours de la dette figure dans le tableau VI dit récapitulatif, il manque à la présentation du PGFP les indicateurs standards d'endettement comme le poids de l'encours de la dette sur les produits, ou le poids du service de la dette sur les produits, qui devraient figurer dans le tableau de financement prévisionnel, d'autant que l'emprunt est une variable d'ajustement majeure du PGFP.

[162] Enfin, on peut regretter l'absence générale d'inventaire du patrimoine hospitalier non affecté, alors que la cession d'actif non affecté peut être sollicitée pour accroître la part d'autofinancement. Dans le secteur industriel et commercial, ces actifs sont au moins mentionnés dans les *business plans*, ne serait-ce que parce qu'ils accroissent la garantie de solvabilité auprès des banques.

2.4.4 Le PGFP doit prévoir la capacité de réaction de l'établissement en cas d'écarts à la trajectoire

[163] Élaborer une trajectoire théorique de gestion et d'investissement ne garantit en rien sa tenue, et il est même fort probable que le réel s'en écarte. Il est donc fondamental que l'ARS s'assure que l'établissement ait la capacité de gérer le risque d'écart à la trajectoire du PGFP et dispose de la flexibilité nécessaire pour éviter une situation financière difficile et tenir malgré tout ses objectifs de gestion. C'est par exemple le cas lorsque les prévisions d'activités du PGFP sont sous-réalisées.

[164] Cela suppose de faire différents scénarios et d'identifier les leviers de flexibilité, essentiellement de deux-types :

- prévoir des actions d'économies pour permettre une évolution très faible des dépenses, non pas tant pour les brider que pour être à même d'équilibrer une éventuelle sous-réalisation des hypothèses d'activité. Ces économies doivent bien entendu être validées en interne et avec l'ARS ;
- prévoir une flexibilité du programme d'investissement, en découpant notamment les opérations lourdes en tranches conditionnelles, le redimensionnement des travaux à la baisse étant bien souvent le dernier recours s'il n'est pas possible d'ajuster les paramètres de gestion ou les paramètres financiers (*cf.* annexe 2).

[165] Au demeurant, l'exercice des prévisions d'activité étant très théorique (évolution de l'offre, variation des tarifs, *etc.*), il est sans doute préférable pour les ARS de négocier avec les établissements une évolution faible des dépenses et une flexibilité dans le programme d'investissement, plutôt que d'obtenir chèrement que soient retenues des hypothèses d'activité stable. Ceci est cohérent avec l'idée que le PGFP doit demeurer avant tout un outil de gestion.

Recommandation n°3 : Mettre la marge brute non aidée et les indicateurs d'endettement au centre de la présentation du PGFP et prévoir la capacité de réaction de l'établissement aux écarts à la trajectoire (arrêté DGOS, établissements, ARS).

CH de Gonesse

Les discussions en 1999 – 2000 sur l'opportunité d'un nouvel hôpital à Gonesse ont conduit l'ARH à accompagner très en amont l'opération, par un désendettement de l'établissement puis une reconstitution de la CAF via des aides à la contractualisation pérennes, inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et leurs avenants (2001->2013). Le projet initial de 2002 portait sur 3 bâtiments distincts (général, logistique, et moyen séjour) et a été ramené à un seul bâtiment intégrant l'ensemble (2005). La phase de programmation a débuté en 2005. La révision des hypothèses d'activité et les risques accrus de dérives des prix ont conduit l'ARH et l'établissement à proposer la suppression d'un étage (2008) et à poursuivre la densification du bâtiment. Les travaux ont débuté fin 2010, la réception est prévue pour 2014.

- [166] Par ailleurs, le PGFP pourrait prévoir, pour les opérations lourdes, une plus large couverture du risque de dérive des coûts. Tout projet d'investissement, indépendamment du secteur, voit en effet une dérive des coûts. En revanche, dans le secteur industriel et commercial, les plans de financement incluent une marge pour couverture des risques pouvant aller de 15 à 20 %, ce qui constitue une garantie supplémentaire de la solvabilité auprès des banques. Cette pratique existe dans le secteur hospitalier, mais dans une mesure bien moindre, puisque la marge d'aléa pour travaux est de 5 %, au risque de mettre les établissements en situation financière difficile en cas de dérive des coûts.

2.4.5 Il manque un guide du PGFP

- [167] Les ARS comme les établissements l'ont mentionné à la mission, il manque un guide méthodologique sur les attendus prioritaires du PGFP, son élaboration et sa validation, la DGOS n'ayant produit sur le sujet que des circulaires purement descriptives de l'EPRD et du PGFP.
- [168] Or, la maîtrise du PGFP est primordiale pour la maîtrise et la soutenabilité de l'investissement. L'objectif serait donc de présenter aux établissements et aux ARS les attendus sur la marge brute non aidée, la dette, la trésorerie et la gestion des écarts à la trajectoire, et de leur donner les clefs d'une juste utilisation dans le cadre de l'élaboration et de l'approbation du PGFP.

Recommandation n°4 : Élaborer un guide du PGFP et de ses attendus prioritaires (circulaire DGOS)

2.4.6 La maîtrise du PGFP a beaucoup progressé depuis 2010 et dépend grandement de l'implication des ARS

- [169] La maîtrise et l'usage du PGFP étaient très variables d'un établissement à l'autre jusqu'à ce qu'il acquiert en 2010 la qualité d'outil primordial du pilotage des établissements avec l'EPRD²². Il n'est pourtant pas nouveau, puisque depuis 1992²³, tout projet d'investissement doit figurer au programme d'investissement et donner lieu à l'élaboration d'un PGFP.

²² Décret n°2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé.

²³ Décret n°92-1355 du 24 décembre 1992 relatif aux programmes d'investissement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

- [170] Les PGFP transmis aux ARS pour approbation sont dans l'ensemble, au dire des agences régionales rencontrées par la mission, de bonne qualité : les informations sont renseignées, les simulations présentées sont équilibrées. Contrairement à une idée reçue, les PGFP gonflant artificiellement la CAF semblent plutôt rares²⁴. De leur côté, les équipes des ARS semblent effectuer, dans l'ensemble, un contrôle sérieux et un bon suivi des PGFP.
- [171] En revanche, la place de la marge brute dans l'élaboration et la validation du PGFP n'est pas toujours comprise ni maîtrisée, au sein des ARS comme des établissements, même si son intérêt comme indicateur de gestion est désormais bien assimilé. Le dialogue entre les ARS et les établissements est donc en évidence très structurant pour la qualité des PGFP, notamment sur les objectifs de gestion fixés par les ARS.

2.4.7 Les outils d'élaboration de *business plan* ont été étrangement absents dans une période où l'investissement a été massif

- [172] Si le PGFP constitue le document formalisant le business plan, il est très aidant de disposer d'un outil permettant d'aboutir aux différents tableaux et donnant la possibilité de tester les différents paramètres du projet d'investissement par le calcul de leur impact sur lesdits tableaux.
- [173] La Cour des comptes, dans son RALFSS 2009²⁵, s'étonnait déjà de ce que l'outil EIFIC-HOS, dans sa première version calculant le ROI, n'eût été disponible qu'en 2007 alors que l'élaboration des projets d'investissement a démarré massivement dès 2003, et que la MAINH, créée en 2003, s'était vu confier la mission de son élaboration.
- [174] EIFIC-HOS v1, utilisé comme crible pour H2007, présentait quelques imperfections²⁶ et ne constituait qu'un calcul de ROI. Surtout, il semble que son utilisation ait été dévoyée par certains établissements qui n'en faisaient qu'un outil permettant de présenter à l'ARH, la MAINH et la DHOS une rentabilité artificielle des projets, *modulo* la manipulation de quelques paramètres.
- [175] L'ANAP a développé en parallèle une seconde version d'EIFIC-HOS, qui présentait, elle, tous les volets nécessaires à l'élaboration d'un business plan (évolutions de la capacité, de la surface, de l'activité, des ETP, plan de financement, impacts sur l'exploitation et sur les soldes intermédiaires de gestion pendant les travaux et après la mise en service, *etc.*). Néanmoins, on doit au moins s'étonner qu'EIFIC-HOS v2 ait été bloqué en interne et ne soit jamais sorti alors que se présentait une nouvelle phase d'investissement massif et qu'il était achevé (un guide d'utilisation était même déjà élaboré).
- [176] EIFIC-HOS v2 aurait en effet été le support utile et nécessaire au dialogue interne des établissements pour l'élaboration du programme fonctionnel, et qui aurait probablement permis de mettre en évidence avant décision un certain nombre de situations financières difficiles à cause du dimensionnement de l'investissement projeté.

²⁴ Cf. Panorama de la situation financière des établissements de santé au 30 juin 2012, ATIH, juillet 2012, dont une partie des prévisions est réalisée sur la consolidation des PGFP validés, et où l'on observe que les CAF inscrites aux PGFP sont globalement inférieures d'environ 1Md€ au réalisé.

²⁵ RALFSS 2009, chapitre VI, p. 152.

²⁶ Essentiellement le fait que les subventions, demandées mais non encore accordées, étaient intégrées au calcul du ROI, ainsi que l'utilisation de l'OAT 30, variable au jour le jour, comme taux d'actualisation et non le taux d'actualisation des biens publics, défini par le centre d'analyse stratégique.

- [177] L'ANAP a finalement lancé en octobre 2010 le développement d'un nouvel outil pluridimensionnel qu'il convient de souligner : Ælipce, conçu comme un outil de dialogue et d'aide à la décision pour améliorer la performance des organisations. Celui-ci reprend de manière beaucoup plus ambitieuse, sophistiquée et complète les divers volets d'EIFIC-HOS v2. Ælipce simule en effet l'exploitation de l'établissement dont on a renseigné les données en fonction de diverses catégories de paramètres que l'on peut modifier à souhait : l'activité, les ressources humaines, le capacitaire, la surface et les résultats financiers et économiques. Loin de toute ambition de normalisation, son but est avant tout d'être le support d'un travail collectif entre les différentes équipes de l'établissement (soins, finances, ingénierie, ressources humaines, *etc.*) en simulant différentes hypothèses d'organisation et de dimensionnement dans le cadre de tout projet sur l'organisation et le dimensionnement du fonctionnement courant ou d'un projet d'investissement. Le grand nombre et la finesse des paramètres pouvant être testés (nombre de lits, DMS, évolution de l'activité, évolution des capacités, ressources humaines, recettes, *etc.*) font d'Ælipce un outil de première importance pour l'optimisation de la gestion hospitalière. La complexité inévitable, malgré les efforts notables d'ergonomie, rend toutefois nécessaire une formation rigoureuse que l'ANAP doit dispenser à partir de septembre 2013. Cet outil sera disponible fin mars 2013.
- [178] Les chaînes de cliniques privées rencontrées par la mission, si elles utilisent certains outils de l'ANAP comme Horizon Bloc, ont élaboré en interne leur propre modèle, plus fruste et moins exhaustif qu'Ælipce, mais correspondant à leurs établissements et éprouvés par eux. Cela montre que le juste dimensionnement est davantage une question de volonté que d'outillage.

2.5 Le calcul du ROI est peu robuste pour les projets immobiliers et ne permet pas de vérifier la sincérité des business plan

2.5.1 Le calcul du ROI demeure très fragile pour les projets immobiliers

- [179] Les méthodes de calcul du retour sur investissement (ROI) utilisées dans le secteur hospitalier ont repris celles existant pour tout projet d'investissement financier, industriel ou commercial, *i.e.* calcul de la valeur actualisée nette (VAN), du délai de récupération, du taux interne de rentabilité (TIR)²⁷ (*cf.* annexe 3).
- [180] Le calcul du ROI nécessite de déterminer les *cash flows* futurs, ce qui suppose de faire la prévision des produits (notamment les évolutions des recettes T2A suite à l'investissement) et des charges (notamment les amortissements, les variations des d'exploitation et le calendrier des immobilisations) sur l'ensemble de la vie du projet (potentiellement 30 ans pour une opération immobilière lourde) sachant que la variabilité des tarifs T2A dans la période risque d'être forte. Toutes ces informations se retrouvent réduites à une seule variable, la VAN ou le TIR.
- [181] Il convient tout d'abord de souligner la fragilité du résultat, lorsqu'il s'agit d'une opération immobilière lourde :
- si la qualité des prévision d'activités, de coûts d'exploitation, notamment en termes de ressources humaines et de maintenance, de calendrier d'immobilisations pendant l'investissement et après la mise en service est la même *a priori* que pour le PGFP sur la durée de celui-ci, la fenêtre temporelle du ROI est bien plus grande de sorte que les prévisions au-delà de la duré du PGFP paraissent pour le moins hasardeuses ;

²⁷ Il n'est pas fait mention dans le corps du rapport des indicateurs plus sophistiqués, comme le taux de rentabilité interne modifié, mais trop fins dès que l'on sort des placements financiers, et dont l'interprétation nécessite de nombreuses précautions. Ce sujet est traité en annexe 3.

- le ROI est largement dépendant du taux d'actualisation retenu. Sur ce point, les recommandations successives de la MAINH et de la DGOS²⁸ de retenir l'OAT30 ne paraît pas opportune, étant donné la variabilité quotidienne de ce taux et l'absence de justification de son usage. Il est recommandé d'utiliser le taux d'actualisation des investissements publics, déterminé par le centre d'analyse stratégique (4 % pour 2010-2014) ;
- le calendrier des immobilisations joue grandement sur la valeur du ROI, les premières années voient généralement des *cash flows* négatifs, et le glissement de certaines immobilisations vers les années ultérieures atténue ces coûts d'immobilisation, par le truchement de l'actualisation ;
- le ROI ne prend pas en compte le recours à l'emprunt, ni les remboursements futurs²⁹, alors que ce sont des charges pesant sur les *cash flows* futurs.

[182] Il apparaît donc que **le calcul de ROI, dans le cadre d'une opération immobilière lourde, est bien trop lourd et sophistiqué pour le niveau d'approximation des prévisions de *cash flows* futurs**. Seuls, à titre tout à fait indicatif, la VAN et le délai de récupération sont utiles, les autres indicateurs sont trop lourds et trop peu robustes.

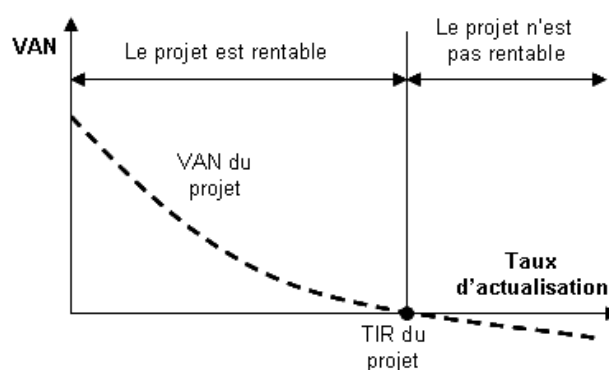
[183] **Il n'est d'ailleurs pas sans signification que les chaînes de cliniques privées rencontrées par la mission n'utilisent pas le calcul du ROI.**

[184] Lorsqu'il s'agit d'un calcul de ROI pour un investissement en équipement médical, ou pour le choix d'une externalisation (blanchisserie ou restauration), alors le calcul de ROI est fiable et peut vraiment s'inscrire dans la perspective d'une rentabilité. La fiabilité du calcul de ROI est néanmoins dépendante de la stabilité des tarifs, et leur variation, parfois grande d'une année à l'autre, rend l'exercice difficile.

2.5.2 Le calcul du ROI dans le secteur hospitalier ne doit pas utiliser le TIR

[185] Il importe de souligner que, pour le secteur hospitalier, il ne doit pas être fait usage du TIR, seuls la VAN ou le délai de récupération doivent être utilisés. Le TIR n'a en effet qu'une signification mathématique dénuée de sens tangible : c'est la valeur du taux d'actualisation θ pour laquelle la fonction de la VAN s'annule, *cf. infra* graphique.

Schéma 2 : Définition graphique du TIR



Source : IGAS

²⁸ Guide d'utilisation de l'outil EIFIC-HOS, MAINH, mai 2007, ainsi que Construction d'un référentiel pour l'analyse comparative du retour sur investissement de projets hospitaliers, DGOS, février 2012.

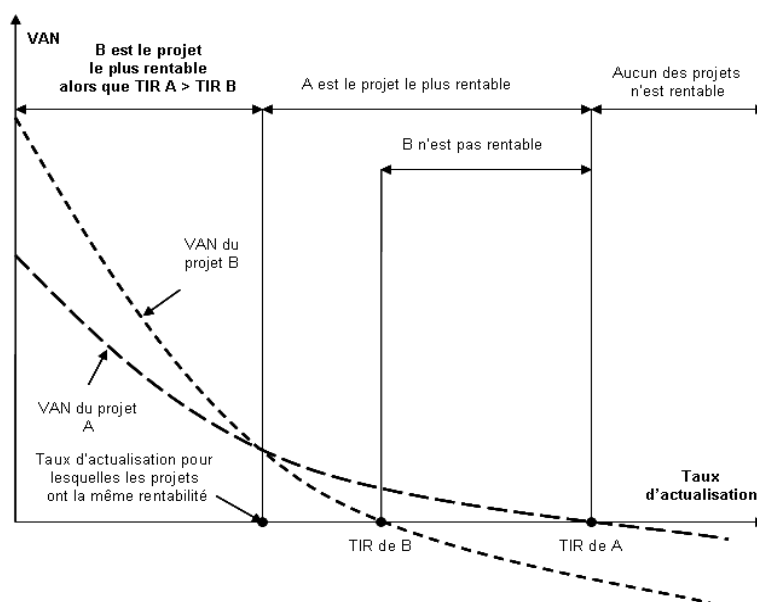
²⁹ Séparation justifiée par le séquençage : choix de l'investissement, puis choix du financement.

- [186] Le TIR caractérise en quelque sorte la robustesse de la VAN aux variations de taux d'actualisation : plus le TIR est grand et plus la plage des taux d'actualisation θ pour lesquelles le projet est rentable est grande³⁰.
- [187] En revanche, contrairement à ce qui est souvent dit dans la littérature, le TIR n'a aucune signification tangible, et il ne traduit en particulier ni la performance financière du projet ni sa rentabilité, ce n'est qu'une valeur mathématique remarquable de la fonction de la VAN. Son intérêt réside dans le qualificatif *interne* : le TIR est une valeur intrinsèque à la VAN car il ne dépend d'aucune variable, et en particulier pas du taux d'actualisation. Il ne faut donc absolument pas l'entendre comme un indicateur de performance financière ou de rentabilité de l'investissement.
- [188] En revanche, la notion de taux de rendement, définie par le ratio de la VAN sur la somme actualisée des dépenses, garde tout son sens.
- [189] Le premier module de calcul du ROI, constitué par EIFIC-HOS v1, en 2007 (*cf. supra*), calculait la VAN et le délai de récupération. La DGOS a ensuite diffusé en février 2012 un nouveau modèle de calcul du ROI³¹ fondé sur celui développé par l'AP-HP, calculant également la VAN.

2.5.3 La seule utilité théorique du ROI est de comparer plusieurs projets entre eux

- [190] Le seul intérêt probable du ROI est d'éclairer le choix entre de grandes alternatives posées très en amont du projet : faire ou ne rien faire, reconstruire ou rénover. Encore faut-il utiliser le bon concept de ROI.
- [191] La mission n'a pas vu mention de ce sujet dans la littérature hospitalière dont elle a pris connaissance et souhaite donc attirer l'attention sur le fait que seuls la VAN ou le délai de récupération permettent de comparer deux projets concurrents. En particulier, le TIR et ses variantes ne le permettent absolument pas, comme l'illustre la figure ci-dessous.

Schéma 3 : Comparaison de deux projets sur la base du ROI : l'impéritie du TIR



Source : IGAS

³⁰ Sous l'hypothèse que la VAN_{θ} est une fonction monotone décroissante de θ , ce qui n'est pas le cas général.

³¹ Construction d'un référentiel pour l'analyse comparative du retour sur investissement de projets hospitaliers, Bearing Point pour la DGOS, février 2012.

[192] Au demeurant, il apparaît peu probable, ni raisonnable, que deux projets d'investissement concurrents ne soient départagés qu'en fonction du ROI : cela supposerait que de multiples éléments éminemment déterminants (équilibres financiers, enjeux d'organisation de l'offre de soins ou d'organisation interne, motivations politiques, *etc.*) soient exactement équivalents entre les deux projets.

2.5.4 La logique du ROI n'est pas substituable à celle du PGFP

[193] La logique de ROI n'a d'intérêt que dans une économie de marché pure, avec des hypothèses de gain de part de marché, *etc.* Or, l'offre de soins hospitalière ne s'inscrit pas dans une économie de marché pure, et s'il y a concurrence, elle est toute relative pour les établissements publics.

[194] Le ROI suppose de compenser une dépense initiale d'investissement par les cash flows futurs. Or, la logique du PGFP est de trouver un financement antérieur à l'investissement (incluant notamment le recours à l'emprunt que ne prend pas en compte le ROI) qui permet de financer le projet tout en conservant sa capacité future d'investissement.

[195] Par ailleurs, si le calcul du ROI a tout son sens pour arbitrer des placements financiers, il n'en va pas de même pour le secteur hospitalier :

- on ne peut calculer l'espérance des *cash flows* futurs ni avec certitude, ni avec une robustesse suffisante ;
- contrairement aux placements financiers, l'investissement hospitalier ne présente pas qu'une dimension financière, interviennent notamment l'organisation de l'offre de soins, ainsi que l'organisation et la gestion internes des établissements ;
- l'intérêt du PGFP est dans la possibilité de l'envisager comme un outil de gestion par rapport aux objectifs de marge brute et de capacité de réagir à un écart à la trajectoire, deux notions tout à fait étrangères au ROI ;
- le ROI est également totalement muet sur les équilibres bilantiels, de sorte que l'on peut avoir un projet avec ROI excellent mais avec un niveau de FDR inférieur au niveau de sécurité, ou avec un taux d'endettement et un taux de marge brute obérant sa capacité future d'investir.

[196] Il y a donc une perte d'information majeure entre le PGFP et le ROI.

[197] Compte tenu de la fragilité du ROI et de son caractère très accessoire, il ne paraît pas raisonnable de vouloir substituer le ROI au PGFP, ni d'en faire un critère unique de sélection. Il est d'ailleurs paradoxal que le ROI, qui est un indicateur de rentabilité hors subvention, puisse devenir un critère de décision d'allocation de subvention, comme ce fut le cas pour H2007.

Recommandation n°5 : Ne pas faire du ROI le critère unique de sélection ou d'allocation d'aide (CGI, ministère chargé de la Santé)

2.6 L'ARS doit assurer la cohérence entre la vision microéconomique des projets d'investissement et la régulation territoriale

2.6.1 Nécessité de garantir la cohérence entre la vision micro-économique des projets d'investissement et les objectifs macroéconomiques et territoriaux

- [198] La question de qui doit être bénéficiaire du retour d'investissement (la collectivité ou l'établissement) doit être posée dès le début pour concilier le respect de l'ONDAM et une décision d'investissement micro-économique basée sur l'emploi de concepts et outils orientés vers la rentabilité du seul établissement réalisant l'investissement. La mise en place d'un régime d'allocation des ressources qui est uniquement fondé sur l'activité et ses recettes rend cette question cruciale. L'arbitrage prix-volume est exclusivement réalisé au niveau national, mais la régulation macroéconomique doit aussi être régionale et contribuer à prévenir les tentations de fuite en avant.
- [199] Dans une vue purement capacitaire de l'investissement, et du retour sur investissement, l'établissement est encouragé à développer ses capacités, ses productions et recettes, ce qui conduit à relever sa consommation des dépenses ONDAM, et repose souvent sur l'espoir de réduire la part de marché d'établissements concurrents. Le rôle de la tutelle est d'assurer un équilibre entre les différents établissements concernés et de veiller à ce que la répartition des moyens ne se fasse pas au profit du plus rapide à déposer les projets et à réunir les financements, mais en fonction d'une mobilisation adéquate des équipes soignantes. La tutelle doit également prendre en compte les bénéfices macroéconomiques qui peuvent résulter de dépenses propres à un établissement et de veiller à organiser les complémentarités d'aval et d'amont.
- [200] C'est la planification de l'offre de soins qui doit garantir la cohérence entre ONDAM et décision micro-économique d'investissement. C'est notamment pourquoi le financement ONDAM hors tarif est en évidence justifié pour les projets d'investissement de restructuration ou de recomposition de l'offre.
- [201] Mais la régulation territoriale est aussi motivée par la nécessité d'assurer l'accès aux soins sur l'ensemble des territoires, y compris lorsque le simple jeu de l'activité et des tarifs ne permet pas d'assurer le maintien du service. Le SROS permet de définir la garantie de l'accès des personnes aux soins en particulier lorsque les temps d'accès à des établissements éloignés sont incompatibles avec des exigences de sécurité, générant, dans les cas les plus prononcés un besoin de financement extratarifaire, cette fois en fonctionnement autant qu'en investissement. Il peut s'agir par exemple de maintenir une maternité en zone montagneuse, située à plus d'une heure un quart de tout autre établissement. Mais il peut s'agir aussi d'arbitrer entre le maintien d'une maternité éloignée et le risque très souvent établi de la voir fonctionner dans des conditions de sécurité menaçant en définitive la sécurité des parturientes et de leurs enfants, un choix qui dépasse les possibilités du calcul microéconomique.
- [202] Le régulateur est aussi celui qui est placé pour détecter une vraie hiérarchie dans les retours sur investissements. Chaque établissement d'un territoire peut ainsi présenter des projets, chacun doté d'un retour sur investissement effectif. Mais il est possible que le regroupement des établissements soit une solution bien préférable qui risque de ne même pas être étudiée, par aucune des entités en présence alors qu'elle pourrait se révéler celle qui rendrait le plus grand service à la population et à la restructuration de l'offre de soins. Ainsi, dans le cas des CH d'Orsay et de Longjumeau, il est probable que chacun des projets de rénovation pris individuellement dégage son propre retour sur investissement susceptible de justifier chacune des deux opérations, mais combien plus élevé serait le bénéfice qui aurait pu être attendu d'une reconstruction sur site unique favorisant la synergie.

Rénovation vs. reconstruction, CH Orsay et CH Longjumeau : des rendez-vous manqués

Le centre hospitalier de Longjumeau, établissement de taille moyenne situé dans le nord de l'Essonne a traversé une période de difficultés financières intenses dont il est sorti à l'issue d'un contrat de retour à l'équilibre financier mené avec une grande vigueur. Le centre hospitalier comprend 76 lits et 7 places de chirurgie, 4 lits de surveillance continue, 105 lits et six places de médecine, 25 lits de pneumologie, 30 lits de cardiologie dont 6 lits de soins intensifs 50 lits de maternité, 18 lits de pédiatrie dont 6 de néonatalogie et 8 lits de réanimation polyvalente.

Cependant, la situation du bâti est très dégradée à tous égards et nécessite une rénovation importante. Les abords des bâtiments sont d'accès difficile ne pouvant pas être facilement corrigés. Le centre hospitalier de Longjumeau est engagé dans des actions de coopération avec des établissements voisins, ceux de Juvisy et d'Orsay. Le centre hospitalier d'Orsay, ville située à 11 kms de Longjumeau (15 kms en empruntant les voies rapides) est en direction commune avec le CH de Longjumeau depuis 2003. Cet établissement a réalisé, il y a quelques années sa rénovation-reconstruction et est en bonne situation financière. Il comprend 26 lits de gynécologie obstétrique et 23 lits et 2 places de néonatalogie, 57 lits et 3 places de médecine, 30 lits et 5 places de chirurgie, 10 lits de réanimation.

Au moment de la décision de rénovation-reconstruction d'Orsay, l'hôpital de Longjumeau n'était pas en état de pouvoir financer des opérations immobilières et même pas d'assurer la maintenance de ses propres bâtiments. Alors que le CH de Longjumeau revient à meilleure fortune, la reconstruction d'Orsay est un fait accompli. Le regroupement sur un site unique n'a pas pu avoir lieu, les parties prenantes et singulièrement les collectivités locales ne s'accordant pas sur l'emplacement.

Les deux centres hospitaliers, sous direction commune, essayent d'élaborer un projet médical commun qui pourra atténuer les effets malencontreux du maintien en double site. Néanmoins, à ce jour le doublonnage des services et unités persiste, en particulier, celui des réanimations et des services de soins critiques. La rénovation du centre hospitalier ne peut plus être différée compte tenu de la situation dégradée et potentiellement dangereuse de son bâti.

Ainsi, l'occasion d'un regroupement a-t-elle été perdue, alors que la construction d'une entité moderne et efficace aurait été nécessaire dans cette partie de l'Essonne. Il est probable que d'autres formes de coopération et d'autres partenaires devront être recherchés par le CH de Longjumeau, ce qui retentira sur son projet médical et on projet immobilier.

- [203] Enfin, le rôle principal du régulateur sera bien d'éclairer les *business plans* de chaque établissement, par cette étude de marché, en quelque sorte commune, que constitue le SROS. La confection de celui-ci supposera, d'ailleurs que chacun puisse en effet découvrir aux autres établissements, peu ou prou ses propres projets, le SROS jouant alors un rôle non seulement de réducteur d'incertitude mais encore de conflit.

2.6.2 Les outils de régulation ont évolué dans le temps en abandonnant leurs indications capacitaires

2.6.2.1 La loi hospitalière du 31 décembre 1970 : une loi dissymétrique et inaboutie

[204] La loi hospitalière du 31 décembre 1970 soumet l'attribution des autorisations délivrées aux établissements privés, au constat de l'existence par grandes disciplines de disponibilités résultant de la confrontation, secteur sanitaire par secteur sanitaire, d'indices lits population et du bilan de l'offre existante. C'est la carte sanitaire.

[205] La loi de 1970 ne comporte aucune disposition relative au financement des hôpitaux publics. Ceux-ci restent soumis au régime des prix de journée préfectoraux : un système particulièrement inflationniste. La réforme de l'allocation des ressources n'interviendra que seize ans plus tard.

2.6.2.2 L'instauration du budget global : une mécanique forfaitaire qui gèle les situations dans le secteur public

[206] En 1983, soit treize ans après la loi de 1970, est institué le système de dotation globale de financement, par l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983, portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Une enveloppe annuelle de recettes, fixée *a priori* pour chaque hôpital est allouée à l'établissement.

[207] Le ralentissement des dépenses hospitalières rendu urgent par les dérives du milieu des années 1970 a été opéré avant même la mise en place du budget global, à grands renforts de circulaires budgétaires et d'insistance de la tutelle, mais la mise en place de la réforme consolide la démarche. La maîtrise existe donc mais elle est aveugle et se traduit au fil du temps par des rentes de situation au profit des établissements en perte de vitesse et cessant de rendre le service jadis accompli au profit de la population. Des services de chirurgie sans clientèle survivent aisément, ou plutôt survivraient s'ils arrivaient à recruter les personnels nécessaires. Les hôpitaux dynamiques sont, eux, freinés dans leur activité : on cite le cas des services de chirurgie orthopédique qui diffèrent la pose des prothèses de hanche au quatrième trimestre.

2.6.2.3 Des évolutions et la création d'un régulateur régional

[208] Une loi préfiguratrice, la loi de 1991 limite les autorisations dans le temps, les étend au secteur public et institue une première version de schéma régional d'organisation sanitaire.

[209] En 1996, les compétences budgétaires et de planification sont réunies dans les mains d'une seule autorité, l'ARH. Les compétences budgétaires dévolues jusque là au préfet de département, celles relevant du préfet de région, la fixation de l'ensemble des cartes sanitaires de la région, l'élaboration et la signature du SROS, l'attribution des autorisations sanitaires, la signature de contrats avec les établissements d'hospitalisation privés se substituant aux anciennes conventions passées entre ceux-ci et les CRAM sont transférées, par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, à l'ARH (dans ce GIP, les compétences sont partagées entre la commission exécutive où siègent des représentants de l'Assurance maladie et de l'État et le directeur qui préside la commission exécutive).

[210] Pendant la période de 1994 à 2001, le nombre de lits installés a diminué constamment et modérément. Le nombre des lits de MCO a diminué de 12,1 % et celui de psychiatrie de 22,3 %.

- [211] En 1996, également, la loi organique du 22 juillet 1996, elle-même consécutive à une réforme constitutionnelle institue des LFSS. À l'intérieur de cette loi de financement un ONDAM évolue en fonction d'un taux annuellement décidé. À l'intérieur de cet ONDAM, l'enveloppe des dépenses hospitalières des établissements publics ou PSPH est répartie en dotations régionales limitatives. Pendant toute cette période, ce sont donc sur des mécanismes budgétaires simples que repose la maîtrise des dépenses, côté public.

2.6.2.4 Le plan H2007 : le primat du tarif sur la planification

- [212] Le plan H2007 entendu au sens large introduit des modifications très importantes en matière hospitalière. Au budget global, succède la tarification à l'activité, introduite par la LFSS 2004. Les tarifs sont fixés nationalement selon des groupes homogènes de séjour. Le passage est progressif, les tarifs se substituent progressivement aux dotations. En 2004, 10 % des dotations sont allouées selon cette base tarifaire. En 2005, la part basculée en tarif passe à 25 %. Des dotations subsistent cependant, soit pour financer des missions de service public ou intarifiables (MIG), soit l'accompagnement aux établissements (soutien aux établissements en difficulté, lancement d'activités nouvelles dans leur phase de mise en place et de montée en charge, investissement).
- [213] La carte sanitaire est supprimée par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle apparaît en effet désuète, fondée sur des définitions de disciplines trop frustes et peu opérantes. Elle est surtout difficilement compatible avec la nouvelle mécanique tarifaire. L'équilibre du système repose essentiellement sur un arbitrage prix-volume national.
- [214] Un reliquat de restriction quantitative subsiste. Il s'agit des OQOS, une forme non de planification des moyens de production mais de programmation normative de la production elle-même.
- [215] La carte sanitaire étant supprimée, les objectifs d'implantations et de regroupement sont récapitulés dans une annexe au SROS qui est opposable. Elle fonde les décisions d'autorisations et rejet d'autorisations. Les SROS sont eux-mêmes beaucoup plus détaillés.
- [216] En 2003, les contrats pluriannuels d'objectifs sont généralisés, avec un régime juridique légèrement différent entre le secteur public et le secteur privé notamment en ce qui concerne la désignation de l'instance juridictionnelle compétente pour connaître du contentieux des contrats. Par ces contrats passeront les fixations d'objectifs quantifiés, les reconnaissances d'unités de surveillance continue et de soins intensifs, et les aides financières à l'investissement.

2.6.2.5 La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, introduit de nouveaux changements dans la régulation

- [217] Aux ARH, ainsi qu'aux autres organes ou organismes existants au niveau régional, succèdent les ARS. Les agences ont une compétence transversale touchant aux soins de ville, couvrant le médico-social et l'hospitalier. Elles absorbent les DRASS et l'essentiel des DDASS, les services des URCAM et les anciens services hospitaliers des CRAM, revenant d'une figure d'administration de mission à celle d'administration de gestion. Pour manifester cette transversalité, le SROS est intégré dans le projet régional de santé (PRS) qui, entre autres, comprend un SROS ambulatoire non opposable et un SROS hospitalier opposable, lequel intègre l'ancienne annexe opposable qui comportait par territoire les implantations, les localisations d'équipements médicaux lourds et les objectifs quantifiés d'activité des territoires (OQOS territoriaux).

[218] Le dispositif de régulation de l'offre de soins en vigueur dans le cadre issu de la loi HPST maintient :

- les objectifs en implantation car ils sont indispensables à l'attribution des autorisations, et sont un vecteur pour les restructurations nécessaires de l'offre de soins ;
- les objectifs en accessibilité (temps d'accès sur les activités de soins ; temps d'attente pour les équipements matériels lourds), des outils ayant été développés en ce sens.

[219] Il tire les enseignements de limites de celui du SROS III dans la gestion des OQOS volume et introduit un changement d'orientation dans le pilotage de l'activité des établissements de santé. Les objectifs en volume, opposables, disparaissent au profit d'indicateurs de pilotage non opposables aux établissements qui constituent des repères traduisant les orientations stratégiques des ARS sur les territoires en matière d'évolution d'activité. C'est en quelque sorte la fin des quotas de production, mais aussi l'achèvement de la rupture du lien entre le SROS et les indications capacitaires.

2.6.3 Les ARS disposent des outils leur permettant d'inscrire constructions et équipements dans une politique de l'offre de soins

2.6.3.1 Le SROS n'est pas un schéma directeur d'investissement

[220] Le SROS n'est pas un schéma directeur d'investissement, notamment immobilier. Il ne s'apparente ni à des documents d'urbanisme ni à un plan de financement pluriannuel des investissements. Son objet³² n'est pas de désigner ceux des chantiers de travaux qui seront lancés. L'article L. 1434-9 CSP prévoit que le SROS dans son volet hospitalier « *fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé* :

- « *1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;*
- « *2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;*
- « *3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements (...)* ».

[221] Ainsi le SROS précise-t-il les implantations des différentes activités dans les territoires de santé, mentionne les regroupements à intervenir. Le SROS, même s'il en fait mention dans le corps de son texte, ne prescrit pas les travaux qui dépendent non seulement de l'implantation mais aussi de l'existence et de la vétusté des bâtiments, de leur réorganisation possible ou non.

[222] À l'inverse, les opérations de construction ne donnent-elles pas forcément lieu à nouvelle autorisation sanitaire. Pour que celle-ci soit nécessaire l'une ou l'autre des conditions suivantes doit être remplie :

- un changement de la personnalité morale détentrice des autorisations. Cette condition n'est pas remplie quand il ya changement de la majorité sociale ou des porteurs de part dans une société, mais seulement quand il y a changement de société ou (ou toute autre forme) ;
- un changement de lieu, c'est-à-dire d'adresse géographique au sens où l'entend le fichier FINESS. Ainsi une reconstruction sur même site n'est pas concernée ;
- un changement d'activité (ou d'équipement selon le cas).

³² Article L. 1434-7 CSP

- [223] Ainsi, la reconstruction par une même personne morale sur un même site d'un bâtiment n'accueillant pas d'activités différentes ne donne normalement pas lieu à autorisation sanitaire nouvelle. Elle pourra donner lieu à approbation budgétaire ou du PGFP si l'on a affaire à un établissement de santé public ou à un établissement de santé privé d'intérêt collectif et à passation d'un contrat ou d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en cas d'attribution d'une aide en AC ou en subvention de type FMESPP, quelle que soit la nature de l'établissement.
- [224] À titre d'illustration, la Cour des comptes, dans son rapport de 2012 sur le patrimoine hospitalier, relève que les projets de reconversion de l'hôpital Salvator, site de l'AP-HM, pour des activités médicales ou médico-sociales ont été conduits sans concertation préalable avec l'ARS alors même « *qu'ils n'ont pas encore démontré leur pertinence en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins et de viabilité financière* »³³.
- [225] Ni le SROS, ni les autorisations délivrées pour son application ne constituent une garantie d'aide financière à l'investissement.
- [226] Il n'en demeure pas moins que la régulation territoriale de l'offre de soins et la planification des investissements sont étroitement imbriquées. Les constructions ne peuvent intervenir que là où une implantation est prévue par le SROS. Si la construction est le support d'un regroupement ou d'une modification d'activité, celui-ci ou celle-ci doit être prévu(e) au SROS (ce qui suppose une modification préalable de celui-ci si tel n'est pas le cas). Dans la pratique, de très nombreuses opérations de reconstruction nécessitent une autorisation nouvelle et sont donc dépendantes de la régulation territoriale.

2.6.3.2 L'ARS dispose des instruments qui lui permettent de subordonner les opérations d'investissement aux objectifs de la régulation territoriale

- [227] Le caractère opposable du SROS a été confirmé par le Conseil d'État dans sa décision n°344387 du 4 avril 2012 Fédération de l'hospitalisation privée : « Considérant que (...) l'opposabilité de cette partie du schéma régional d'organisation des soins se traduit par l'obligation, pour les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé au titre des 2° et 3° de l'article L.1434-9, soit pour une première demande d'autorisation soit pour le renouvellement d'une autorisation précédemment accordée, d'être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins... ».
- [228] Le Conseil d'État précise cependant que : « par ailleurs, ces dispositions n'ont pas pour effet de remettre en cause les autorisations délivrées précédemment et ne trouveront à s'appliquer aux établissements de santé déjà titulaires d'une autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds qu'en cas de demande de renouvellement d'une autorisation... ».
- [229] Sont soumis à autorisation du DG ARS, les projets de création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins et l'installation des équipements matériels lourds. Les autorisations délivrées après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie doivent répondre aux besoins de la population identifiés par les schémas et être compatibles avec les objectifs fixés par ce schéma, satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement définies par le code de la santé publique. Il en va de même du renouvellement des autorisations moyennant le respect de conditions de délais et de procédure. Enfin, en cas de nouveau SROS, les autorisations peuvent être soumises à révision, moyennant également des conditions de délai et de procédure. Cette révision peut éventuellement conduire à retrait de l'autorisation. L'ARS dispose donc des moyens lui permettant d'assurer l'exécution du SROS ainsi que des politiques publiques de l'offre de soins.

³³ Cour des comptes, Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, rapport public annuel, février 2012

- [230] Ces compétences sont renforcées par celles que le DG ARS tient des CPOM. Sans doute les objectifs quantifiés qui y figuraient ont-ils été remplacés par un mécanisme plus souple de pilotage de l'activité. Les CPOM demeurent, cependant, des instruments importants de la planification de l'offre de soins : c'est en utilisant le support contractuel que sont identifiées les unités de soins intensifs, les unités de surveillance continue et les unités de surveillance continue pédiatrique. Surtout, le CPOM est le véhicule de l'aide au financement des investissements hospitaliers, qu'il s'agisse des AC³⁴ ou des aides du FMESPP³⁵.
- [231] Le DG ARS dispose de la possibilité de s'opposer à l'EPRD d'un établissement, lequel doit comporter un tableau de financement prévisionnel des opérations d'investissement. Au-delà de l'équilibre financier de l'établissement, le refus peut être motivé par le fait que le projet d'EPRD ne tient pas compte des engagements prévus au CPOM³⁶.
- [232] Le DG ARS dispose également de la possibilité s'opposer au plan global de financement pluri annuel révisé chaque année ; ce plan transmis au directeur général de l'ARS, en même temps que l'EPRD fait l'objet d'une procédure de non désapprobation ou au contraire d'opposition distincte de celle de l'EPRD. Toutes les opérations prévues dans le programme d'investissement³⁷ sont inscrites dans le PGFP.
- [233] Les outils existants sont juridiquement suffisants pour disposer de la maîtrise des opérations d'investissement au niveau régional. Certaines ARS envisagent de mettre en place des schémas directeurs immobiliers qui pourraient récapituler les programmes d'investissement immobiliers des établissements, en les ordonnant au SROS. C'est là, il ne faut pas le cacher, un travail considérable.

Tableau 9 : Les outils ARS et établissements de santé, du suivi de court, moyen et long termes des investissements

	EPS	ESPIC	ES privés	ARS	Compétences ARS
Outils du long terme (15-25 ans)					
Plan directeur des Investissements	X				
Outils du moyen terme (5 ans)					
SROS				X	Arrête le PRS dont le volet H du SROS
Projet d'établissement ou projet institutionnel (D6161-4 du CSP)	X	X			
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	X	X	X	X	Contracte ; Pénalités possibles si inexécution totale ou partielle ; Résiliation si manquement grave
Autorisations Equipements et matériels lourds (EML) Activités de soins	X	X	X		Autorisation explicite
Renouvellement EML, Activités de soins	X	X	X		Renouvellement tacite si pas d'injonction ARS après réception dossier d'évaluation
Plan global de financement pluriannuel PGFP	X	X			Approbation tacite Pouvoir de faire refaire le PGFP mais pas de pouvoir de substitution
Programme pluriannuel d'investissement PPI :					Approbation avec le PGFP auquel il est joint ; plus d'autorisation spécifique du programme d'investissement
* Si seuil réglementaire dépassé comporte liste détaillée, montants, échéances, <u>Fiche de présentation par opération</u>	X	X			ARS peut refuser le PGFP au motif que les investissements sont incompatibles avec situation financière actuelle ou future
* Si montant travaux inférieur au seuil : montant annuel par opération	X	X			

³⁴ Article L. 162-22-13 CSS

³⁵ Circulaire n°DHOS/F2/2007-214 du 2 juin 2007

³⁶ Article D. 6145-31 3° CSP

³⁷ Article L. 6143-7 4° CSP

Outils annuels ou infra-annuels					
Publication bi-annuelle des bilans quantifiés de l'offre de soins pour les activités ou EML soumis à autorisation				X	
État prévisionnel des recettes et des dépenses EPRD	X	X			ARS approuve, peut corriger et arrêter en lieu et place des établissements
PGFP (révision annuelle)	X	X			Approbation tacite Pouvoir de faire refaire le PGFP mais pas de pouvoir de substitution
CPOM (avenants éventuels)	X	X	X		
Compte financier & affectation des résultats	X	X			Exécutoire après transmission
	X				Plan de redressement si déséquilibre financier
	X				Administration provisoire si échec plan de redressement ou refus signature avenant CPOM

Source : CSP, exploitation IGAS

2.6.3.3 Il serait utile de reconstituer, par redéploiement selon les régions, des compétences techniques qui ont pu disparaître

- [234] L'analyse en opportunité repose sur des ressources techniques de planificateur et budgétaires dont les ARS disposent partout et sur des SROS suffisamment cadrant. L'analyse de la soutenabilité du projet à la phase du programme et plus encore de l'APD, nécessite de pouvoir disposer de compétences plus larges pour soutenir le dialogue avec celles des établissements de santé et de leurs AMOA : les ingénieurs, architectes ou financiers (compétents sur la trésorerie notamment) ne sont pas disponibles partout, notamment dans les ARS de taille moyenne et *a fortiori* petites. La MAINH avait doté les ARH en personnels chargés de l'investissement, principalement techniciens. Ces personnels ont parfois disparus des nouvelles ARS. Il est indispensable de reconstituer cette présence au sein des effectifs des ARS, au besoin par redéploiement de poste.

Recommandation n°6 : Renforcer et diversifier les compétences des équipes des ARS sur les sujets immobiliers par redéploiement de postes (ARS, SG, DGOS)

2.6.4 C'est au DG ARS qu'il appartient de convaincre ses interlocuteurs régionaux et locaux des orientations de la régulation territoriale

- [235] Développer les outils et les méthodes laisse supposer que la gestion publique rénovée des décisions et de la conduite de l'investissement bénéficierait d'un cadre de gestion « rationnel » où la gestion serait fondée sur la seule analyse technico-financière. Cette vision ne correspond pas à l'analyse des conditions passées et vraisemblablement à venir en la matière.
- [236] Le sujet de l'investissement hospitalier rencontre un grand nombre de politiques aussi bien locales que nationales : bassin d'emploi, vitalité et développement d'un territoire, urbanisme, impact sur le secteur de la construction et des équipements, problématiques de l'accès aux soins. C'est donc la capacité à prendre en compte chacun de ces éléments distincts dans le cadre de la régulation régionale et la force de conviction du directeur général qui doit jouer, une force de conviction patiente et attentive qui s'exerce en direction de médecins, des personnels soignants des directeurs d'hôpitaux et responsables d'établissements de santé des organisations syndicales et des représentants des usagers dans les établissements, à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ou même au conseil de surveillance des ARS.

[237] Parmi les interlocuteurs du directeur général de l'ARS, les élus jouent un rôle particulièrement important, en raison de leur légitimité démocratique. Ces élus sont légitimement et normalement concernés par les projets d'investissements hospitaliers en raison de l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur les populations qu'ils représentent. Mais ils sont aussi des responsables de collectivités territoriales dont les intérêts coïncident ou non avec ceux des établissements de santé (localisation ; projets d'urbanisme ; récupération de patrimoine désaffecté).

2.6.4.1 Le rôle des acteurs locaux est inscrit dans les modalités de gouvernance tant des établissements de santé que des ARS

[238] Les élus sont informés souvent très en amont des projets et contribuent à en faciliter la réalisation, souvent à les infléchir et parfois à les détourner ou les stopper. Les intérêts des élus locaux peuvent s'opposer entre eux selon les territoires concernés et les sujets d'investissement sont au cœur de certains enjeux électoraux.

[239] Il existe plusieurs options possibles selon le rôle que l'on entend voir jouer aux élus et aux collectivités territoriales dans la gouvernance des hôpitaux et du système de santé régional : interne, au sein des instances de gouvernance, participant aux décisions stratégiques ou externe, membre consulté et donc non décisionnaire.

[240] La gouvernance hospitalière et des ARH issue de la réforme de 1996 s'inscrit clairement dans le premier modèle d'ouverture aux instances locales. Les élus siègent et le maire est président de droit du conseil d'administration (CA) de l'hôpital ; le CA vote le projet d'investissement qui constitue un volet explicite du projet d'établissement. L'ARH approuve le projet d'établissement et traduit ses priorités dans le contrat d'objectifs et de moyens. Deux élus, conseillers régionaux siègent en commission exécutive avec voix consultative. Une tentative d'élargissement des pouvoirs des conseils régionaux inscrite dans la loi d'août 2004 n'a pas eu de suites.

Article 70 de la loi du 13 août 2004 portant expérimentation du financement par les conseils régionaux des équipements hospitaliers

L'article 70 de la loi du 13 août 2004³⁸ a ouvert aux conseils régionaux la possibilité de participer, à titre expérimental, au **financement des équipements sanitaires** assuré par les Agences régionales de l'hospitalisation. En contrepartie la proportion des conseillers régionaux siégeant en commission exécutive augmente et ils siègent avec voix délibérative. Mais cette ouverture ne s'est réalisée que dans la seule région Nord-Pas-de-Calais³⁹.

Les réticences des autres régions à s'engager dans les instances délibérantes des ARH ont deux raisons principales : la crainte de la collectivité d'être associée à des décisions de restructuration hospitalière rarement populaires d'une part et d'autre part la crainte d'être entraînée vers des investissements hospitaliers d'autant plus lourds qu'insuffisamment couverts par les recettes d'exploitation.

L'administration de la santé quant à elle n'a pas véritablement encouragé les ARH sur cette voie craignant que le nouveau poids décisionnaire des élus ne soit pas correctement gagé par des investissements à due concurrence : la question du seuil qui devait faire l'objet d'une instruction est restée en suspens. Par ailleurs, plus fondamentalement, certains ont pu craindre que cette entrée « par la petite porte » des élus dans les Comex des ARH ne soit le prélude à une prise de contrôle ultérieure de la compétence santé, lors d'un acte III de décentralisation qui semblait se dessiner alors.

³⁸ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

³⁹ Deux conseillers régionaux siégeaient dans les ARH en régime de base avec voix consultative ; ce nombre a été porté à quatre avec voix délibérative, soit le tiers des effectifs de la commission exécutive de l'ARH Nord Pas de Calais.

- [241] La loi HPST, en réformant la gouvernance tant hospitalière que des agences régionales, a clairement conforté le second modèle qui éloigne les collectivités locales de la gestion directe des établissements publics de santé⁴⁰. Dans les agences, alors que le nombre d'élus territoriaux double par rapport à celui de la COMEX des ARH et qu'il s'ouvre à l'ensemble des collectivités territoriales, le rôle du conseil de surveillance se transforme : les commissions exécutives sont transformées en conseils de surveillance, dont le rôle privilégie les fonctions de contrôle (surveillance) à celles de gestion ; ces dernières sont confiées principalement au directeur des ARS. Les conseils d'administration hospitaliers suivent une évolution superposable en se transformant en conseil de surveillance : la fonction de gestion repose ici sur le directeur et son directoire. Cette évolution traduit un recul de la place des élus souligné par certaines de leurs instances, à l'instar de l'association des petites villes de France (APVF)⁴¹.
- [242] L'implication des collectivités territoriales dans le financement des établissements de santé ne peut que rester marginale dans ce contexte, a fortiori dans une conjoncture économique difficile. Néanmoins, les collectivités locales qui souhaiteraient privilégier la réalisation de certains investissements de santé devraient, comme l'expérimentation de 2004 le proposait, compléter les plans de financement en investissement ; mais ceci pourrait également être assorti d'une aide en fonctionnement, lorsque la rentabilité intrinsèque du projet n'est pas assurée et que le maintien du service n'apparaît pas indispensable au seul titre de l'offre de soins.
- [243] Les intérêts d'une collectivité territoriale et ceux de l' élu siégeant au conseil de surveillance d'un établissement de santé public se rencontrent aussi lors de la désaffectation de bâtiments hospitaliers situés au cœur des villes. Les communes peuvent exercer leur droit de préemption sur ces empreintes foncières libérées. Les intérêts divergent sur la valorisation de ce patrimoine et l'arbitrage sur un prix d'équilibre satisfaisant pour les deux parties est difficile à trouver comme en témoignent plusieurs exemples (Saint-Vincent de Paul à Paris, Hôtel-Dieu à Lyon). Inversement, l'implication des collectivités territoriales peut contribuer à fiabiliser l'investissement lorsqu'elles se portent garantes des opérations d'emprunt, comme le conseil général des Hauts-de-Seine, partie prenante de l'association gestionnaire de l'hôpital Foch (92).
- [244] Les interventions politiques sont très fréquentes s'agissant des opérations majeures de reconstruction et quasi systématiques lors des opérations de recomposition. La mission a pu observer, dans différents dossiers des établissements de santé rencontrés et ceux fournis par les ARS, la diversité et la fréquence de l'implication des élus locaux dans les dossiers d'investissement hospitaliers.
- [245] Il existe un sentiment dominant parmi les acteurs « techniques » rencontrés par la mission et notamment les gestionnaires d'agences passés ou actuels des effets majeurs de ces interventions sur le produit fini : chaque région possède son ou ses illustrations d'investissements injustifiés, entraînant des exploitations à perte.

⁴⁰ Décret n°2012-1286 du 22 novembre 2012 relatif aux conseils de surveillance des ARS et décret n°2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé

⁴¹ Communiqué 17 juin 2009 APVF "L' élu est indispensable pour une bonne gestion de l'hôpital et du territoire de santé, et son affaiblissement au sein des instances de gouvernance hospitalière n'est pas une bonne chose", commente l'association. Elle déplore, en outre, "la faiblesse des compétences dont dispose le conseil de surveillance. Le directeur de l'hôpital et le directeur de l'ARS ont désormais une grande marge de manœuvre pour restructurer l'offre hospitalière sur le territoire. Cette technocratisation de la gestion hospitalière et globalement de la santé est une source d'inquiétude pour l'avenir."

Le témoignage d'un ancien directeur d'ARH

« En tant qu'ancien directeur d'ARH, je me suis toujours attaché, avec mon équipe, à présenter des projets dans un équilibre coûts-avantages tant au regard d'une politique territoriale de santé que du point de vue des volumes d'investissements à envisager, de leur dimensionnement ou d'approches architecturales parfois excessives de mon point de vue. Ces analyses- qui relèvent en première analyse de la responsabilité de la tutelle régionale- s'inscrivent dans les procédures mises en place au niveau des administrations centrales. Il m'est arrivé de constater que ces procédures pouvaient être, sinon contrariées, mais parfois accélérées par certaines interventions de nature plus politique, priorisant davantage des opportunités locales. Dans ce cas de figure, il peut arriver que le strict respect des procédures fixées doive être aménagé en raison de la pression d'intérêts locaux se manifestant par des circuits auxquels une autorité de tutelle ne peut accéder, mais qu'en définitive, elle ne peut ignorer ».

Le même précise qu'à l'inverse et, dans un tel contexte, les investissements de renouvellement et d'humanisation entrent difficilement dans des priorités, pourtant indispensables dans certains cas. *« Certains dossiers comme celui de l'hôpital psychiatrique, le seul du département, ne suscitent pas l'intérêt qu'ils méritent, dans la mesure où ils ne sont pas portés suffisamment au niveau local, et ce malgré l'attachement exprimé par la tutelle ».*

Il poursuit en soulignant *« la nécessité de rechercher un nouvel équilibre entre l'affirmation d'une politique de santé portée, en responsabilité, par l'administration régionale, d'une part, et l'espace réservé aux élus dans le cadre d'une démocratie sanitaire locale qui ne peut échapper aux contraintes liées à l'intérêt général. De ce point de vue, si la loi HPST a renforcé formellement le rôle et les missions des autorités administratives régionales, elle ne pouvait pour autant, et raisonnablement, faire abstraction de la légitimité démocratique incarnée par les élus locaux. Cet équilibre - complexe, il faut bien le dire- est rendu plus difficile encore dans un contexte de réduction ou de contingentement des volumes d'investissements. Il justifie probablement le renforcement de procédures d'arbitrage national, seules de nature à remettre en perspective l'intervention locale inévitable, l'intérêt du projet en termes d'organisation du système de santé et les contraintes d'une politique nationale ».*

- [246] À titre illustratif, lors du plan H2007, l'effet d'aubaine consécutif à l'augmentation du nombre de dossiers subventionnés a conduit les acteurs locaux, notamment politiques, à plaider leur dossier directement auprès des cabinets santé affaires sociales, voire au dessus.

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. À 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 ».

Source : Cour des comptes. RALFSS 2009. Chapitre 6. Plan H2007 p155

2.6.5 Le régulateur territorial peut s'appuyer sur les normes juridiques qui traduisent techniquement la politique nationale de l'offre de soins

- [247] Les politiques de santé publique et les politiques de l'offre de soins se sont traduites par des textes qui ont des incidences directes soit sur la régulation soit même sur l'organisation des activités dans les bâtiments.
- [248] La définition de politiques sectorielles de l'offre de soins s'est inscrite dans des textes relatifs aux conditions d'implantation ou aux conditions de fonctionnement. Ces textes ont été intégrés dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Ils ont eu une grande influence sur la structuration de l'offre de soins. Cela a été le cas des textes concernant la périnatalité qui ont définis des niveaux de maternité selon la possibilité de mise en œuvre de moyens de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Les régions se sont, en effet, organisées en maternités de niveau 1, avec astreinte médicale mais sans garde, de niveau 2a ou 2b, avec néonatalogie, et enfin de niveau 3, avec réanimation néonatale : les volets Périnatalité des SROS ont été précis. Des fonctionnements en réseau ont pu être mis en place, des pratiques de transfert de parturientes solidement établies. Cette répartition des rôles assortie à la diminution du nombre des petites maternités a profondément touché l'investissement hospitalier qui a été mobilisé pour construire des services d'obstétrique sécurisés.
- [249] Il en a été de même avec les autorisations de traitement du cancer. Celles-ci obéissent à un régime spécial puisqu'elles se superposent à des autorisations de médecine, pour ce qui est de la chimiothérapie ou de chirurgie qui doivent être détenues par l'établissement. Des seuils d'activité sont définis dans les différentes sur-spécialités de chirurgie cancérologique, ce qui est indirectement susceptible d'avoir une incidence sur l'activité chirurgicale globale des établissements et sur leur recrutement médical.
- [250] Dans certains cas, les textes relatifs aux conditions de fonctionnement ont une incidence directe sur l'organisation de l'espace dans les bâtiments hospitaliers. C'est le cas des décrets sur la chirurgie ambulatoire qui font obligation aux établissements non seulement d'avoir des hébergements distincts (ces hébergements étant d'ailleurs dissemblables), mais encore d'utiliser des plateaux techniques distincts, se traduisant donc par une augmentation du nombre des salles d'opération.
- [251] Mais toutes les disciplines ou spécialités n'ont pas fait l'objet d'une telle réglementation. Tel n'est pas le cas pour la chirurgie en général ou pour la médecine. Quant à la santé mentale, l'insuffisance d'une doctrine d'organisation, et notamment des missions du secteur psychiatrique fragilise la capacité à arbitrer les dossiers d'investissements. Il n'existe ainsi pas de référentiel partagé sur la nécessité de disposer de lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie ; l'organisation par pôle des établissements de santé, qui implique notamment de définir des espaces de mutualisation entre les secteurs, se heurte à des compréhensions très différentes qui génèrent autant de configurations. Il se fait jour la nécessité plusieurs fois repoussée depuis une dizaine d'année, d'inscrire la doctrine dans une nouvelle loi de santé mentale (*cf.* annexe 4), nécessité d'abord de santé publique, qui pourrait avoir aussi l'effet de réduire l'incertitude sur les architectures correspondant aux choix de base en la matière.

[252] S'agissant des soins de suite et de réadaptation (SSR), secteur très dynamique en termes de création de lits et places, un nouveau cadre réglementaire survenu tardivement, au regard de la croissance constatée, détaille depuis 2008 les neuf secteurs d'activité de soins autorisés et les conditions techniques de fonctionnement attendues. Il manque fondamentalement, s'agissant d'un secteur par essence de transit entre les hospitalisations de court séjour et le retour à domicile ou en institution de long séjour, des outils d'analyse des besoins mesurés par les flux de demandes et l'analyse des adéquations, tels que, par exemple, l'outil Trajectoire développé dans la région Rhône-Alpes (cf. annexe 4). L'absence de mise en œuvre de la réforme tarifaire dans ce secteur rend pratiquement inapplicable les possibilités de faire jouer une fongibilité entre les secteurs MCO et SSR.

2.7 L'investissement informatique (coûts micros ; gains diffus ; gains macros) insuffisamment aidé, insuffisamment orienté jusqu'au plan hôpital numérique, à la recherche d'une tête de réseau

[253] L'ensemble des dépenses informatiques des hôpitaux et des cliniques, incluant les coûts de personnel est estimé par la DGOS et l'IDC à 1,3 Md€ pour 2 Md€ concernant l'ensemble des systèmes d'information de santé en France. Ces 1,3 Md€ représentent environ 1,8 % du chiffre d'affaire des cliniques et hôpitaux soit un montant relativement peu élevé. S'agissant des achats en logiciel et matériel, le COCIR (comité européen des industries de technologies de l'information) estime le marché français à 850M€

2.7.1 Le caractère diffus des impacts de l'investissement informatique hospitalier n'empêche pas des bénéfices micros et macros dont la capture ne doit pas être retardée

[254] Les gains de productivité apportés par l'informatisation dans certaines tâches permettent de réallouer une partie de l'activité des personnels vers d'autres tâches qui étaient préalablement non accomplies ou insuffisamment ou mal. Le gain est absorbé par l'établissement sans traduction budgétaire au niveau de l'ensemble. Il n'est pas toujours possible de le faire apparaître. Sans traduction immédiate dans les budgets, une nouvelle application peut cependant infléchir le cours futur de la progression des dépenses d'une manière plus souvent aperçue *ex post* qu'en temps réel. Le gain consiste en amélioration du service rendu sans baisse de la dépense. Ainsi l'informatisation peut permettre de mettre en œuvre des processus qui seraient à défaut sinon impossibles du moins très difficiles à réaliser. C'est le cas par exemple pour la délivrance nominative des médicaments.

[255] Lorsque l'informatisation s'effectue à organisation à peu près constante mais avec réduction de la charge en travail, il peut en résulter des gains de productivité susceptibles d'avoir une traduction budgétaire. Si l'informatisation est associée à une réorganisation, le gain peut également être budgétaire, par exemple réduction de la durée de séjour par diminution des temps d'attente avant un examen ou un transfert.

[256] L'informatisation peut parfois entraîner des gains directs et tangibles par exemple en réduisant des consommations intermédiaires (suppression de films argentiques, réduction des surfaces de stockage de dossiers papiers).

[257] Une informatisation de seconde génération peut engendrer également des gains par rapport à un système antérieur (plus de maniabilité ; plus de rapidité, plus d'intégration et donc moins de recopies) avec des gains microéconomiques plus diffus.

[258] Cependant le bénéfice attendu peut être recueilli par l'Assurance maladie ou par la population sans qu'il en résulte un gain budgétaire direct pour l'établissement lui-même. Ce peut être le cas des procédures de partage de l'information avec l'extérieur par exemple avec les

médecins traitants, et de toutes les procédures de prescription et de délivrance connectées qui accroissent la garantie que le bon médicament soit délivré au bon malade, réduisent le nombre d'exams redondants, permettent de limiter l'usage de médicaments en contre-indication. Il peut en résulter une limitation de la demande de soins toutes choses égales par ailleurs, ce qui est une condition pratiquement jamais réalisée par rapport à un trend de référence. Par ailleurs les gains de productivité peuvent ne pas réellement être saisis d'une manière financièrement tangible. Ainsi le gain de temps réalisé par la réduction du nombre d'appels d'un pharmacien sur des ordonnances informatisées s'il est bien réel, ne se traduit nécessairement ni par une réduction du nombre de pharmaciens ou de quotités de pharmaciens ni par une réduction de rémunération. Cette considération tempère quelque peu les évaluations résultant de diverses études nord américaines⁴².

- [259] Deux raisons d'une aide financière à l'informatisation des hôpitaux émergent. La première tient justement à ce que des bénéficiaires macros ne soient pas assortis de réductions de dépense pour l'établissement. La seconde est que la capture des gains prend du temps (lenteur de mise en place des systèmes, lenteur postérieure des redéploiements susceptibles d'en résulter, enfin complexité initiale de mise en œuvre par les usagers : voir en annexe 5 sur l'informatisation des hôpitaux.) L'aptitude des décideurs à supporter l'effet tunnel de la mise en œuvre est variable et se traduit au pire par des remises en cause récurrentes, non nécessairement justifiées avant aboutissement.

L'informatisation du circuit du médicament au centre hospitalier de Loches

Le centre hospitalier de Loches est un petit hôpital dont le compte de résultat principal avoisine les vingt millions d'euros. Il comportait en 2008, 35 lits de médecine, 25 lits de chirurgie (dont une clinique ouverte) et 8 places de chirurgie ambulatoire et hospitalisation de jour. Le nombre de lits de SSR a été augmenté, dans la période, jusqu'à 35lits. Le service d'urgences connaît 11000 passages. Il existe de l'hospitalisation de jour en psychiatrie, et un Ehpad.

La décision de procéder à une évaluation des pratiques professionnelles portant sur les quatre étapes du circuit du médicament (prescription médicale, validation pharmaceutique, dispensation nominative, validation de l'administration du traitement par l'IDE) a été prise en septembre 2007, à la suite d'une revue de morbi-mortalité. Cette évaluation a porté sur toutes les prescriptions et retranscriptions intervenant dans les services et la détermination du nombre d'erreurs et de leurs causes. Début 2008, la décision est prise d'informatiser le circuit du médicament en réservant un budget de 160 000€ pour l'acquisition de logiciels et les formations. L'appel d'offre est lancé en 2008 Le choix est opéré après présentation des progiciels et essais impliquant les futurs utilisateurs (prescripteurs, pharmaciens, préparateurs, IDE, informaticiens). Les critères de choix retenus sont les interfaces possibles avec les autres progiciels de l'établissement, notamment le dossier patient, la facilité d'utilisation, la prise en charge de la globalité du circuit du médicament, les liens avec les livrets thérapeutiques internes et avec un base de données nationale de médicaments.

Le progiciel est choisi en mai, et le service testeur en septembre 2008. Après six mois d'essai, le progiciel est validé pendant que, par ailleurs les différents utilisateurs sont formés par le prestataire. Le logiciel est ensuite déployé dans les autres unités pendant dix –huit mois. Le déploiement est achevé en février 2010.

Entre temps un nouvel audit est pratiqué en 2009, qui tire un certain nombre de conclusions organisationnelles (plus forte implication nécessaire de l'équipe pharmaceutique ; mise en place de la dispensation nominative des traitements, par l'équipe pharmaceutique dans des bacs individuels identifiés à l'aide du n° de chambre ; acquisition de chariots de distribution avec PC portable au lit du patient pour distribution et validation en temps réel par les IDE).

Au final, les gains budgétaires directs et immédiats sont modestes (estimation d'une économie

⁴² Voir cependant étude DELOITTE et TOUCHE Canada sept2010 sur les programmes d'information médicale canadiens

annuelle de 10 000€ en stockage des médicaments dans les unités). Le bénéfice pour les patients et la communauté soignante réside dans une réallocation des rôles des uns et des autres. Le gain de temps pour les préparateurs et les pharmaciens est estimé à 60 % par rapport au temps du papier, mais est compensé et au-delà par le temps consacré à la distribution nominative avec transport des traitements par la PUI en MCO et préparation des semainiers en EHPAD. Le temps de travail ainsi libéré des IDE permet une plus importante présence de celles-ci au près des patients.

La sécurisation du circuit du médicament suppose que la présentation des spécialités permette à tout moment, depuis la prescription jusqu'à la dispensation, l'exacte identification du médicament et le recours à des référentiels de bon usage nationaux (AFSSAPS et HAS) et régionaux (OMEDIT). Le centre hospitalier constate la réalisation d'un axe d'amélioration opportuniste, la transmission en temps réel par l'infirmière au médecin d'informations ciblées relatives à l'état du patient et incorporées, par ailleurs dans le dossier informatisé de celui-ci. Mais aussi de trois axes principaux :

- l'amélioration de la lutte contre le mésusage se traduisant par exemple par le recours désormais systématique à la prescription médicale des pansements et pommades ;
- la création de protocoles afin d'uniformiser les pratiques (ex : préparation des anti-infectieux injectables ;
- l'information automatique des prescripteurs au moment de la prescription des recommandations et des référentiels, pertinents de l'HAS, de l'AFSSAPS, et de l'OMEDIT.

L'informatisation du processus de soin peut donc concerner des petits établissements ; sa mise en place n'intervient pas sans modifications organisationnelles. Les gains en productivité sont très supérieurs aux gains budgétaires proprement dits. La distribution du bon médicament au bon malade, au bon moment, à la bonne dose, par la bonne voie d'abord est avant tout un bénéfice macro pour les patients et l'assurance maladie, mais une partie de ce bénéfice est réinternalisé s'il y a réduction ou prévention de contentieux de responsabilité médicale.

Source : : IGAS. D'après un powerpoint réalisé par des pharmaciens hospitaliers de la région Centre (Isabelle REBEN ; Marie-Christine LANOUE ; Jean-François HUSSON) et présenté à la mission IGAS Management et efficience hospitalière

2.7.2 Des aides au plan H 2012 : retarder ce que l'on voulait accélérer

- [260] La Cour des comptes avait relevé au RALFSS2008, que la couverture fonctionnelle des SIH à l'issue du plan H2007 demeurait faible et que le pilotage imprécis et dispersé de l'informatisation hospitalière n'avait notamment pas permis de recoupements entre le DMP et les projets SIH.
- [261] Le plan H2012 resserre les critères d'éligibilité des dossiers. (intégration d'un dossier informatisé de production de soins ; utilisation d'infrastructures techniques et fonctionnelles incorporant les référentiels nationaux disponibles ; compatibilité avec l'alimentation et la consultation du dossier médical personnel et la facturation directe des soins aux caisses d'Assurance maladie.
- [262] Bien que la première tranche du plan H2012 ait permis d'aider les SIH à hauteur de 350M€ le rapport IGAS sur le développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers souligne que les mécanismes d'attribution d'aides ont contribué à ralentir le déploiement des SIH, les établissements retardant leurs projets dans l'attente des notifications, aussi bien pour la première que pour la deuxième fenêtre de la première tranche du plan.
- [263] Les bilans fournis ne comportent pas d'éléments permettant d'apprécier si certains des objectifs initiaux du plan H2012 étaient atteints ; en particulier la conformité aux différents référentiels disponibles, l'interopérabilité et le rapprochement avec le DMP.
- [264] Lors de la journée d'accompagnement des projets H2012, la DGOS a indiqué que 131 des 264 projets de la tranche 1 du plan H2012 ne seraient pas achevés avant la fin de l'année 2012.

2.7.3 Une convergence insuffisante avec la mise en place du DMP qui suppose une redéfinition des objectifs de celui-ci et la désignation d'un véritable animateur de réseau

- [265] Le DMP été introduit dans le droit par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Ce dossier qui visait à permettre aux 61 millions de patients et aux quelques 500 000 professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement d'accéder dans des conditions sécurisées à des bases de données stockant des données médicales personnelles détaillées, était prévu comme devant être prêt en 2007. Ces délais n'ont pas été tenus. Un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et du conseil général des technologies de l'information⁴³ a mis en exergue le caractère irréaliste des délais, l'insuffisance des financements accordés, la méconnaissance des pré-requis en terme d'identification, le temps nécessaire à la première constitution du dossier, le caractère illusoire de certaines des économies alléguées.
- [266] Depuis à plusieurs reprises, tant le Parlement que la Cour des comptes, et celle-ci en dernier lieu lors du rapport public de 2013, ont constaté les retards pris par la mise en œuvre du DMP.
- [267] La mission constate que le développement des dossiers de patients informatisés hospitaliers laisse la France encore en arrière par rapport aux autres pays comparables et que leur création est source de cohérence et d'efficacité dans les établissements. Il aurait été hautement souhaitable que les bases réglementaires du DMP et des conditions d'accès à l'information qu'il comporte, ainsi que de l'identifiant national de santé, soient en place : tel n'a pas été le cas. De même, une clarification des objectifs poursuivis par le DMP entre visée de santé publique et maîtrise de la dépense est certainement nécessaire. Dans la pratique, le DMP, si l'ambiguïté résultant de la multiplicité de ses objets attendus était levée, aura besoin pour se développer véritablement de s'appuyer sur le dossier pharmaceutique les dossiers de patients informatisés qui dans les hôpitaux auront pu être reconnus utiles par les professionnels ; d'ores et déjà les montants consacrés à ces dossiers apparaissent supérieurs à ceux consacrés spécifiquement au DMP. Inversement, une référence nationale est nécessaire pour garantir la sécurité, la confidentialité, l'interopérabilité et amener les dossiers existants à se situer définitivement dans une optique de transversalité qui, à défaut, ne pourra pas s'imposer.
- [268] **Réunir sous une même autorité technique le suivi de la mise en place du DMP et le développement des systèmes d'information hospitaliers s'avère indispensable.**
- [269] Le développement des structures régionales d'aide à la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'informatique de santé (MOAR) auprès des ARS, avec un soutien financier de l'ASIP permet aujourd'hui de disposer de 26 structures employant 255 ETP⁴⁴ dont il ya lieu d'accroître la spécialisation et la mutualisation.
- [270] La similitude de besoins entre les régions, la contrainte financière toujours présente plaident pour la mutualisation. Bien que certaines mutualisations à l'initiative des régions les plus importantes aient pu débiter, la mission estime que la chance de voir celles-ci se produire semi-spontanément est faible.

⁴³ Inspection générale des finances, inspection générale des affaires sociales, conseil général des technologies de l'information : rapport sur le dossier médical personnel, novembre 2007

⁴⁴ KPMG rapport de Novembre 2012 à l'ASIP sur le développement de l'aide à la maîtrise d'ouvrage en région

[271] L'implication d'un opérateur technique national est nécessaire pour animer et fédérer ce réseau. Dans la pratique, seule l'ASIP paraît capable d'y parvenir.

2.7.4 Un début d'orientation nationale : le programme hôpital numérique

[272] En novembre 2011, la DGOS a lancé le programme Hôpital numérique, fortement original par rapport aux plans précédents.

[273] Le programme hôpital numérique définit en effet un socle que l'on se propose de faire acquérir par sinon la totalité des établissements de santé à l'horizon 2015, qu'ils bénéficient ou non des aides financières du plan, du moins par la plus grande partie possible d'entre eux.

[274] Ce socle comprend trois domaines d'infrastructure que doivent posséder les établissements

- l'identification du patient et sa localisation dans l'établissement (existence d'une cellule d'identito-vigilance, d'un référentiel d'identité du patient *etc.*). On note cependant qu'il n'existe toujours pas d'identifiant national de santé,
- une appréciation de la disponibilité des applications informatiques (plan de reprise des applications existantes ; évaluation du taux d'indisponibilité des applications) on veut assurer la continuité de fonctionnement des applications les plus critiques,
- la confidentialité dans l'accès aux données médicales tributaire de l'existence d'une politique générale de sécurité du système d'information.

[275] Cinq domaines fonctionnels sont sélectionnés comme cible :

- la mise à disposition des résultats et compte- rendus d'examens des plateaux techniques qui devront être consultables sous forme électronique depuis les services de soins,
- un contenu et des fonctionnalités minimum du dossier patient informatisé, permettant par ailleurs d'alimenter le dossier médical personnel,
- l'informatisation des différentes prescriptions alimentant le plan de soins,
- la gestion des ressources de l'établissement (disponibilité des lits par exemple et gestion de l'agenda du patient (la fluidité du parcours du patient peut prévaloir sur des gestions de laboratoires à flux tendu,
- les tableaux de bord et les outils de pilotage médico-économique.

[276] Un mode de financement original est fondé pour l'essentiel sur le constat d'un usage significatif (*meaningful use*) des technologies d'information et de communication.

[277] Le financement est accordé lorsque les dispositifs inscrits dans chacun des cinq domaines prioritaires fonctionnent effectivement, selon des spécifications fonctionnelles précisément définies. L'établissement fixe lui-même l'ordre dans lequel chacun des domaines est abordé. Les aides propres à chaque domaine fonctionnel sont versées au fil de l'eau lorsque les cibles sont atteintes, les montants des subventions étant calculés, en fonction de la taille des établissements sur la base de coûts standards et non pas des factures payées.

- [278] L'avantage du programme est de se donner des objectifs fonctionnels à atteindre et non pas des montants de dépenses à effectuer dans un délai donné. Son succès reposera cependant sur la confiance que mettront les établissements dans la perspective de financement (la deuxième tranche du plan H 2012 prévoyait des montants d'investissements informatiques de 960M€ qui n'ont nullement été financés et dans la solidité des équipes assurant le suivi de l'opération ; on voit bien que le ministère ne disposant pas d'équipes véritablement assez nombreuses devra s'appuyer pour la réalisation sur le niveau régional (ARS et MOA régionales). Dès lors que les thèmes de l'interopérabilité, et du DMP deviennent prégnants, il est souhaitable que l'ASIP soit de plus en plus impliquée dans le suivi de l'ensemble, et joue un rôle d'animation du réseau des MOA et de suivi technique du plan Hôpital numérique, au moins dès qu'il s'agit de DMP, d'identifiant de santé et d'interopérabilité.
- [279] La réussite de ce plan ne peut résider uniquement dans la distribution de crédits (même en usage significatif) non plus que dans la justesse des thèmes et indications retenues, mais dépendra de la capacité du ministère des affaires sociales et de la santé d'organiser un suivi technique proactif et mutualisé, et donc de désigner un animateur du réseau.

Recommandation n°7 : Confier à l'ASIP un rôle d'animateur de réseau des MOAR en vue d'assurer, dans la pratique, la convergence du DMP redéfini et des SIH (ASIP, DGOS, DSISS, ARS)

2.8 L'exemple des équipements médicaux : le retour sur investissement pertinent mais dépendant non seulement d'une réorganisation du travail mais aussi de la politique tarifaire

2.8.1 Les équipements lourds en imagerie médicale

- [280] Les équipements matériels lourds (EML) sont soumis à autorisation. Accordées initialement par le niveau national, les autorisations ont été déconcentrées aux autorités sanitaires régionales en 1993 pour les scanners, en 2001 pour les IRM et en 2006 pour les tomographes par émission de positons. De 2002 à 2009, le nombre d'IRM est passé de 230 à 520. Les objectifs quantitatifs retenus par l'ensemble des SROS III prévoyaient une progression en cinq ans de 30 % pour les scanners, de 45 % pour les IRM et de 61 % pour les TEP.
- [281] Cette progression laisse cependant persister de grandes différences d'une région à l'autre que cela soit mesuré en taux d'équipement (facteur de 1 à 2), ou en délais d'accès. Il existe enfin des variations importantes des durées quotidiennes d'utilisation entre équipements, laissant à penser qu'une optimisation de l'organisation du travail permettrait une réduction des inégalités et surtout des délais d'attente.
- [282] La version 2 du guide d'élaboration des SROS à destination des ARS a inclus des recommandations précises visant à accroître la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes (radiologie conventionnelle et scanographie) chez l'adulte et encore plus chez l'enfant, à développer et à diversifier les types d'IRM et développer le parc d'IRM en vue de répondre de manière spécifique aux indications d'examen diagnostiques ostéo-articulaires et aux prises en charge des enfants, des femmes enceintes et des personnes de forte corpulence ou handicapées. Ces orientations ont été reprises dans les SROS des régions visitées.
- [283] La planification ne saurait suffire à elle seule à assurer une bonne répartition des EML. Tant les écarts de rémunération acceptables jusqu'à un certain niveau, que les différences tarifaires entre le secteur public qui intègre ses coûts d'imagerie dans les GHS et le secteur privé dans lequel tout est décomposé aboutissent à contrarier la possibilité d'une répartition territoriale harmonieuse.

- [284] La mission suggère que l'ensemble des acteurs prépare dès que possible, une révision de la nomenclature, qui, devra tenir compte des recommandations de bonnes pratiques faites par la HAS en lien avec les sociétés savantes et les organisations professionnelles.

2.8.2 L'imagerie conventionnelle et en coupe

2.8.2.1 La limitation des pratiques irradiantes en imagerie conventionnelle

- [285] Dans son rapport de 2010, la Cour des comptes indiquait également que la tarification de la radiographie conventionnelle ne prenait pas suffisamment en compte la pertinence des actes. Ainsi en dépit de la réduction validée des indications de la radiographie du crâne, on observe encore la réalisation d'un million de celles-ci, en grande partie peu utiles et en tous cas irradiantes.
- [286] Aucune modification de la nomenclature tarifaire n'a été entreprise en ce sens. La mission suggère qu'un plan de révision tarifaire ne soit pas limité aux seuls équipements lourds mais concerne également ceux des actes que la HAS aura estimés en très grande partie inutiles dans telle indication, afin que la tarification en soit selon les cas réaménagée ou supprimée.

2.8.2.2 La politique en faveur des PACS : une « France sans film » ?

- [287] Le PACS (*Picture Archiving and Communication System*) est un système de gestion électronique des images médicales avec des fonctions d'archivage, de stockage et de communication rapide. En juin 2010, la mission de préfiguration de la direction des systèmes de santé (MPDSSIS) a présenté un scénario de généralisation de l'imagerie numérique, qui selon elle, coûterait 2,8 Md€ en vingt ans soit 1,4 Md€ de moins que le maintien des pratiques actuelles. Le scénario envisagé séparait les fonctions d'un PACS, qui auraient été confiées à des plateformes régionales, et l'archivage des données réalisé par un nombre limité d'infogérants pour des ensembles interrégionaux.
- [288] 917 des centres producteurs d'examens n'étaient pas équipés de PACS en juin 2010 dont 667 CH, en particulier ceux de moins de 300 lits. Si les PACS se sont développés dans le cadre des plans H2007, et H2012 et sans doute dans le cadre du plan Hôpital numérique, le scénario proposé par la MPDSSIS n'a pas été mis en œuvre. La CNAMTS cependant continue à soutenir la numérisation, *via* les tarifs.

2.8.3 La radiothérapie : des mesures dans l'urgence pour surmonter des épisodes de crise mais aussi des perspectives de démographie professionnelle qui auraient pu être préoccupantes

- [289] Contrairement à l'imagerie, c'est l'activité de centre de traitement qui est autorisée depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 ; l'installation des matériels de radiothérapie ne relève plus d'une autorisation. La mise en œuvre du dispositif de renouvellement des autorisations en vertu des décrets et arrêtés de mars 2007⁴⁵ supposait la conformité à un certain nombre de conditions : implantation prévue dans le SROS, seuils d'activité, existence sur site de deux appareils de haute énergie au moins, permanence en radiophysique médicale, respect des critères de qualité transversale définis par l'INCa.

⁴⁵ Décrets n° 2007-388 et -389 du 21 mars 2007 et l'arrêté du 29 mars 2007 précisent les conditions d'autorisation notamment des activités de radiothérapie

[290] Début 2011, sur 175 centres de radiothérapie, 165 faisaient l'objet d'une autorisation de droit commun. 10 centres faisaient l'objet d'une autorisation à titre dérogatoire pour exception géographique. Le niveau d'équipement en France est parmi les plus élevés en Europe d'après l'INCA. Il existe toutefois ici aussi des disparités régionales, en équipement mais aussi en possibilité d'accès aux pratiques de haute technicité (radiothérapie par modulation d'intensité ou stéréotaxie extra-crânienne)⁴⁶. Avec fin 2010, 426 accélérateurs installés l'augmentation du parc s'est poursuivie sur un rythme de 3 % l'an de 2006 à 2010. Le renouvellement des autorisations s'est accompagné de mesures spécifiques concernant les radiophysiciens⁴⁷. Grâce à la progression importante des effectifs d'étudiants entrant en formation, le nombre de radiophysiciens exerçant en radiothérapie est passé de 410 ETP en 2009 à 491 en 2011. L'objectif de 600 radiophysiciens en début 2013 paraît désormais pouvoir être atteint rendant désormais possible le respect des normes par les centres de radiothérapie.

[291] **Un certain nombre de dispositions restent cependant à prendre, s'agissant de l'autorisation des cabinets libéraux et surtout de la tarification des actes de radiothérapie** qui ne comporte pas de prise en compte de la durée de vie des appareils comme c'est le cas pour les équipements médicaux lourds d'imagerie.

[292] **Le succès d'une politique d'équipements médicaux dans ces domaines apparaît fortement dépendant de la tarification. Or, les évolutions nécessaires en ce domaine ne se sont pas fait jour.** La mission préconise qu'un plan de redéfinition tarifaire soit également engagé dans le domaine de la radiothérapie qui permettra également de déterminer si dans ce domaine, il y a lieu ou non de distinguer le coût du matériel et la rémunération de l'acte intellectuel et des pratiques de fonctionnement et de prendre ou non en compte l'ancienneté des matériels.

Recommandation n°8 : Actualiser la tarification des actes d'imagerie et de radiothérapie pour prendre en compte les évolutions des recommandations des sociétés savantes sur la pertinence des actes et reprendre la feuille de route de la radiothérapie (HAS, CNAMTS, ministère de la Santé)

3 FINANCEMENT DE L'INVESTISSEMENT : AUTOFINANCER AU MAXIMUM PAR UNE GESTION INTERNE MAITRISEE ET PILOTEE A LA MARGE BRUTE NON AIDEE, PRESERVER L'ACCES AU CREDIT A MOYEN ET LONG TERME EN ASSURANT UNE CAPACITE DE REMBOURSEMENT SANS INCIDENT ET MAINTENIR UN FINANCEMENT EXTRATARIFAIRE POUR RECOMPOSER L'OFFRE DE SOINS

[293] Le contexte actuel, et probablement celui de la décennie à venir, est marqué par une raréfaction des crédits, qu'ils soient d'origine publique ou bancaire. La question est donc moins celle du besoin d'investissement à satisfaire que celle de maintenir une capacité de financement de l'investissement suffisante pour maintenir le niveau des soins hospitaliers en France.

[294] Le maintien de cette capacité à investir est conditionné à la triple nécessité :

- d'une procédure d'investissement plus sélective, pour pouvoir faire en sorte que l'adéquation entre besoin et financement soit collectivement optimal (*cf.* 5.6) ;
- d'une restructuration de l'offre hospitalière qui soit menée à bien pour que l'ONDAM hospitalier puisse générer de la capacité d'investissement *via* la marge brute et non du déficit ;

⁴⁶ INCA Situation de la radiothérapie en 2011, Études & expertises, juin 2012, 52 p

⁴⁷ Instruction DGOS et courrier conjoint de l'autorité de sûreté nucléaire et du ministère de la santé en date du 25 novembre 2011/INCa/201 /267 du 13 juillet 2010 précisant les modalités de coopérations entre centres pour assurer la permanence des radiophysiciens

- enfin, d'une gestion plus efficiente des établissements de santé pour que la marge brute soit suffisante pour garantir leur capacité future à investir (*cf.* 3.4).

3.1 Les tarifs n'incluent pas la totalité des coûts d'investissement et n'ont pas vocation à l'inclure pour les opérations lourdes et restructurantes

[295] Deux questions se posent :

- la première est de savoir quelle part des tarifs est dédiée à l'investissement ;
- la seconde est de savoir quelle part de l'investissement est incluse dans les tarifs. Cette question repose sur le traitement réservé aux coûts d'investissement dans l'élaboration des tarifs, dont on verra qu'une partie seulement est incorporée. L'investissement n'est donc qu'en partie dans les tarifs. En revanche, l'évaluation de ladite part de l'investissement incluse dans les tarifs est plus complexe et est équivalente à la seconde question.

3.1.1 Les tarifs ne financent qu'une part de l'investissement des activités financées par la T2A

3.1.1.1 Partage des charges d'investissement entre tarifs et AC : le retraitement comptable de 2005

[296] Nouvelle étape de la réforme du financement des établissements de santé, la campagne budgétaire 2005 fut essentielle puisque que la construction des nouvelles bases (tarifs, AC, MIG, DAF) s'est faite alors. La détermination de ces bases a nécessité de distinguer les dépenses initialement dans la partie encadrée en fonction de la nature de l'activité (MCO, HAD, SSR, psychiatrie ou MIG).

[297] S'agissant plus particulièrement des dépenses d'investissements, lors du retraitement comptable de 2005, les dépenses d'investissement correspondant aux activités de MCO ont été réparties entre base des AC et tarifs. Ont ainsi été incorporés à la base des AC⁴⁸ :

- « les surcoûts d'investissement du plan H2007 ;
- « les surcoûts d'investissement correspondant aux engagements des contrats d'objectifs et de moyens souscrits antérieurement à l'entrée en vigueur de la réforme du financement ;
- « les surcoûts d'investissement hors de proportion avec une charge d'investissement courant ».

[298] La base des AC résultant de ces surcoûts d'investissements (auxquelles s'ajoutent les mesures en faveur du recrutement des postes médicaux et des primes multi-établissements ainsi que les marges régionales disponibles auprès des ARS) représentait environ 600M€ Le montant des dépenses intégrées aux tarifs n'a pas été identifié selon l'ATIH, dans la mesure où la base des tarifs est constituée par déduction à enveloppe constante, égale à l'ONDAM hospitalier dont on a retranché les parts restants respectivement en DAF, OQN, MIG et AC. On peut néanmoins les estimer par déduction de la base des AC par rapport au montant total de l'investissement de 2004 (4,3Md€), soit un montant des dépenses d'investissement théoriquement couverts par les recettes d'activité de l'ordre de 3,7Md€ *i.e.* 86 % de l'investissement.

⁴⁸ Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A n°2005-119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé financés par dotation globale

3.1.1.2 En termes d'investissement, seules les charges financières sont prises en compte dans l'ENCc, pas les charges de structure

[299] Parmi les sources de financement de l'investissement (fonds propre, dette, crédit-bail), seules sont incorporées dans l'ENCc les charges d'investissement suivantes, affectée à la section structure et ensuite réparties forfaitairement selon les différentes sections d'analyse :

- les charges financières, à l'exception des charges considérées comme exceptionnelles. Cela inclut les intérêts de la dette moyen ou long terme, affectées à la section structure. En particulier, les intérêts liés à des investissements en équipement ne sont pas isolés de ceux des investissements immobiliers ;
- dotations aux amortissements, affectées aux sections d'analyse pour les dotations aux amortissements des équipements, et à la section structure pour les dotations aux amortissements des investissements immobiliers.

[300] Ne sont notamment pas pris en compte les actifs nets immobilisés financés par fonds propres, qui sont sans charges correspondantes dans le compte de résultat. Le tableau placé en annexe 8 détaille les coûts liés à l'investissement et incorporés ou non à l'ENCc.

[301] S'agissant des investissements en crédit-bail, les établissements doivent retraiter leur redevance en distinguant, d'une part, le montant correspondant à l'amortissement, et, d'autre part, le montant correspondant aux charges financières.

[302] Le schéma placé en annexe 7 détaille la méthodologie d'intégration des charges à l'ENCc.

[303] Demeurent néanmoins valables dans cette discussion les critiques habituellement dressées à l'encontre de l'ENCc, notamment la représentativité de son échantillonnage. Ce problème est évidemment encore plus aigu lorsque l'on souhaite stratifier l'échantillon, comme c'est le cas ici puisque l'on souhaite se focaliser sur un sujet particulier, l'investissement. On peut également critiquer le fait que l'échelle des coûts ait été réalisée sur une période où le taux de vétusté était particulièrement élevé donc l'investissement probablement minoré.

3.1.1.3 Une expérimentation a été lancée par l'ATIH pour mieux prendre en compte les coûts d'investissement

[304] Pour pallier la non-exhaustivité des dépenses d'investissement prises en compte et l'impossibilité de les affecter aux sections d'analyse, une expérimentation a été lancée par l'ATIH en 2012 et vise à remplacer les intérêts de la dette moyen ou long terme par le coût de l'actif net immobilisé et à l'affecter aux différentes sections d'analyse, comme c'est déjà le cas pour les dotations aux amortissements. Cela permettrait ainsi de prendre en compte la part financée sur fonds propres.

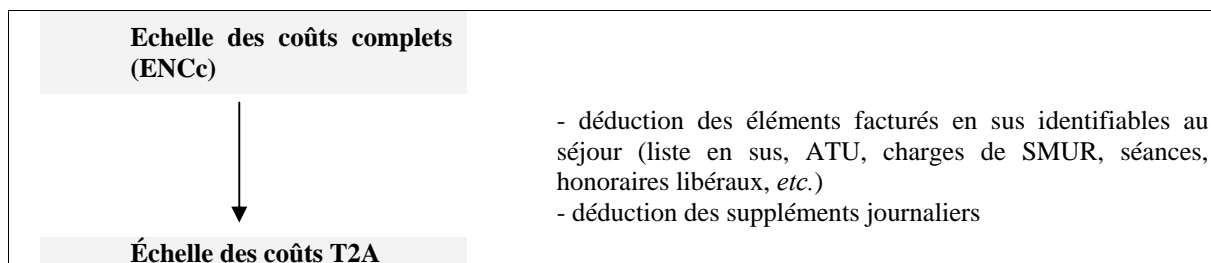
[305] Cela permettrait également de distinguer les investissements en équipement médical des investissements immobiliers. Les investissements en équipement médical sont en effet tronçonnés entre les dotations aux amortissements, affectés aux sections d'analyse, et les intérêts de la dette MT ou LT, affectés à la section structure.

Recommandation n°9 : Poursuivre les travaux d'amélioration de l'ENCc dans la prise en compte des coûts d'investissement (ATIH)

3.1.1.4 Les charges financières de l'investissement ne sont que théoriquement prises en compte dans l'échelle des tarifs

- [306] Si l'ENCc inclut les charges financières des investissements, cela ne signifie en revanche pas que les tarifs incluent ces charges financières : échelle des coûts et échelle des tarifs sont deux notions très distinctes. L'ATIH explique en effet que les écarts de périmètre entre ENCc et tarifs de campagne⁴⁹ sont tels qu'ils ne permettent pas de comparer coût et tarifs.
- [307] Il convient d'abord de rappeler que jusqu'en 2010, la hiérarchie des coûts issue de l'ENCc était le point de départ de la construction des tarifs de campagne après un certain nombre d'étapes (*cf.* schéma *infra*) et de modulations⁵⁰ (respectivement dites de santé publique en créant certaines incitations ; de lissage des revenus et de convergence public privé). En revanche, à partir de 2011, ce sont les tarifs de l'année précédente qui constituent le point de départ des tarifs de campagne et des ajustements limités sont apportés pour tenir compte de la hiérarchie des coûts, signe que les autorités publiques privilégie la stabilité tarifaire à la neutralité tarifaire.
- [308] Ainsi, le passage des coûts complets aux coûts dont le périmètre est le plus proche des tarifs, dits coûts T2A, nécessite les étapes suivantes, détaillées dans la note ATIH placée en annexe, en partant des coûts complets :
- déduction des éléments facturés en sus identifiables au séjour (liste en sus, ATU, charges de SMUR, séances, honoraires libéraux, *etc.*) en tenant compte des évolutions de périmètre (évolution de la liste en sus). Aucun des éléments déduits à cette étape des coûts complets ne concerne une charge liée à l'investissement ;
 - déduction des suppléments journaliers, qui sont à nouveau sans aucun lien avec les charges d'investissement ;
 - calcul de coûts pluriannuels, pour améliorer la robustesse de l'estimation des coûts. À nouveau, cette étape n'affecte pas le périmètre des investissements.
- [309] Les coûts T2A ainsi obtenus représentent, appliqués au *case mix* national, un montant financier qui ne correspond pas à celui du périmètre correspondant de l'ODMCO (*i.e.* sans les forfaits, les suppléments de journée, *etc.*). Il y a donc un « ajustement tarifaire », pour passer de l'échelle des coûts pluriannuels à l'échelle des tarifs issus des coûts, qui se fait par une homothétie appliquée de manière uniforme à tous les GHM.

Schéma 4 : Construction de la campagne tarifaire prenant comme point de départ l'ENCc



⁴⁹ Pour mémoire, les écarts entre le périmètre des coûts et le périmètre des tarifs sont les suivants :

-les coûts produits dans l'ENCc sont calculés hors charges de structure alors que les tarifs couvriraient, au moins partiellement, ces coûts de structure ;

-certaines recettes hors tarifs ne sont pas déductibles des coûts. Il s'agit entre autres des recettes liées aux majorations pour chambres particulières, des retenues et versements sur l'activité libérale, des retenues et versements réalisées dans des cliniques ouvertes, et des retenues et versements sur les honoraires médicaux des médecins généralistes dans les hôpitaux locaux. Les charges mesurées intègrent les coûts relatifs à ces activités.

⁵⁰ *Cf.* rapport IGAS Évaluation de la tarification hospitalière et des actes médicaux, 2012.

- [312] Ce tableau appelle le commentaire suivant : les deux dernières lignes du tableau concernent des charges dont le périmètre des tarifs est plus large que celui des coûts pluriannuels. Ces charges ne sont pas ou partiellement pas dans les coûts mais, au moins théoriquement, dans les tarifs. Or, l'ATIH n'effectue aucun rajout de charges entre coûts dits T2A et tarifs, elle ne fait qu'appliquer une règle de trois à tous les coûts pour que le *casemix* national de l'année n-1 appliqué aux coûts dits T2A soit égal à la masse tarifaire de l'année n-1. Il n'y a donc pas de rajout constructif de charges entre coûts dits T2A et tarifs. **Ceci démontre qu'une partie des charges dont on dit qu'elles sont incluses dans les tarifs ne le sont que de façon purement théorique.** Il ne peut en tout cas pas être soutenu que la construction des tarifs inclut les charges.

3.1.1.5 Les distorsions tarifaires empêchent toute traçabilité des coûts d'investissement activité par activité ou GHM par GHM

- [313] Le rapport IGAS cité *supra* a mis en évidence les distorsions entre tarifs effectifs et « tarifs issus des coûts » : elles représentaient en 2011 1Md€ à la baisse et autant à la hausse pour les hôpitaux publics, soit des survalorisations de 7,7 % et des sous-valorisations de 6,8 %. Dans le secteur privé, les distorsions représentaient 0,4Md€ à la baisse et autant à la hausse, soit des survalorisations de 12,9 % et des sous-valorisations de 10,3 %. Les distorsions interactives sont donc telles qu'on ne peut pas imputer sur chaque GHS ni sur chaque CMD une part dédiée aux coûts de l'investissement. La part d'investissement incluse dans les tarifs ne l'est que globalement.

3.1.1.6 La régulation prix/volume ne permet pas de prendre en compte le niveau des charges

- [314] Le niveau des tarifs dépend, d'une part, du montant de l'ONDAM hospitalier et, d'autre part, de la régulation prix/volume, et non pas du niveau des charges. Toute chose égale par ailleurs, l'évolution des charges l'inclusion de l'ensemble des coûts d'investissement dans l'ENCc ne changerait pas la masse financière disponible.
- [315] **Dès lors que le principe d'une régulation prix/volume est retenu, la question de la prise en charge du financement de l'investissement par les recettes d'activité n'est donc pas tant celle de l'inclusion des coûts d'investissement dans la construction des tarifs que celle de la part des recettes d'activités que les établissements de santé peuvent par leur gestion interne dédier au financement de l'investissement.**

3.1.2 Financements par dotation

- [316] Les activités de SSR et de psychiatrie, financées *via* la DAF pour les établissements publics et privés non lucratifs, ou *via* l'OQN pour les établissements privés lucratifs, sont, respectivement, des modèles de financement par dotation annuelle ou forfait journalier, basés sur une quasi-reproduction historique.
- [317] Comme c'était le cas du budget global pour les établissements MCO, l'investissement est inclus dans la dotation, et il n'existe pas d'enveloppe dédiée à l'investissement. La dotation n'est en effet pas construite en évaluant isolément les coûts, notamment les coûts d'investissement. On ne peut donc pas distinguer au sein d'une enveloppe l'allocation des crédits destinés à couvrir les charges d'investissement, ni à d'autres types de charges (personnel, *etc.*).
- [318] En vue du passage du SSR à la T2A, il a été constitué une échelle nationale des coûts des SSR. La méthodologie est la même que celle utilisée pour la MCO, et les coûts d'investissement y sont, de la même façon, partiellement incorporés.
- [319] Comme pour les activités financées par la T2A, l'investissement n'est donc pas complètement couvert ni par la DAF ni par l'OQN.

3.1.3 Un décrochage entre les charges et les tarifs

- [320] La part des tarifs laissée à l'investissement et la part de l'investissement incluse dans les tarifs peuvent se déterminer *ex post* : d'une part, par la couverture des charges par les tarifs ; d'autre part, par le taux de marge brute non aidée.

3.1.3.1 Couverture des charges par les tarifs : un décrochage menaçant pour l'équilibre des établissements de santé

- [321] Une approche non pas constructive mais *ex post* avait été utilisée par la Cour des comptes dans son RALFSS 2009⁵³. Celle-ci abordait la question globalement en regardant le taux de couverture des charges par les tarifs. Le tableau reproduit ci-dessous était obtenu, pour 2006 :

Tableau 11 : Taux de couverture des charges par les tarifs en 2006

	Etablissements ENCc		Ensemble des établissements*
	Secteur privé	Secteur public	Secteur public
Ratio 1 : Tarifs / Coûts (hors charges de structure)	1,13	1,05	1,025
Ratio 2 : Tarifs / Coûts + charges de structures	1,02	1,016	0,99
Ratio 3 : (Tarifs + recettes non déductibles des coûts) / (Coûts + charges de structures)	1,08	1,025	0,99

*Le calcul des coûts ne peut être réalisé dans le secteur privé que sur l'échantillon d'établissements participant à l'échelle

Source : ATIH, in RALFSS 2009, chapitre VII, p. 188, Cour des comptes

- [322] La mission a sollicité l'ATIH pour actualiser ce tableau. Il convient tout d'abord de préciser que les périmètres respectifs ont depuis lors changé dans le sens d'un accroissement de l'écart de périmètre entre coût et tarifs, du fait du transfert vers l'enveloppe des MIG de la PDSH et de la précarité.

Tableau 12 : Taux de couverture des charges par les tarifs* en 2011

	Etablissements ENCC		Ensemble des établissements nationaux
	Secteur privé	Secteur public	Secteur public
Ratio 1 : (Tarifs + PDSH + précarité) / Coûts (hors charges de structure)		1,014	1,004
Ratio 2 : (Tarifs + PDSH + précarité) /	0,933	0,966	0,954

⁵³ Cf. RALFSS 2009, Chapitre VII : La Mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours.

(Coûts + charges de structure)			
Ratio 3 : (Tarifs + PDSH + précarité + recettes non déductibles des coûts) / (Coûts + charges de structure)	0,992	0,978	0,963

NB : * Les charges sont évaluées à partir des coûts moyens ENCC 2010 (bruts pour l'ENCC, calés sur des caractéristiques nationales pour l'ensemble des établissements publics nationaux).

Les tarifs sont les tarifs 2012 en version v11d de la classification médicale.

L'activité est celle des établissements sous T2A en 2011.

Les charges de structure et les recettes non déductibles des coûts sont issues de l'ENCC pour les établissements de l'échantillon, du RTC 2010 pour l'ensemble des établissements publics nationaux.

Source : ATIH, d'après données ENCC 2010, PMSI 2011, RTC 2010.

[323] Si l'on ne peut tirer de conclusion directe de ces tableaux, compte tenu de toutes les précautions d'usage, il y a néanmoins lieu de s'inquiéter, le cas échéant, d'un décrochage entre les charges et les tarifs. Comme le rappelle la Cour des comptes dans son RALFSS 2009, la couverture des coûts de fonctionnement par les tarifs est en effet un des principes fondamentaux de la T2A.

[324] Il faut rappeler que le décrochage coût/tarifs était difficilement évitable dès lors que l'on inscrit le financement dans des enveloppes fermées, qui évoluent à moins de 2,5 % par an et avec des tarifs stables ou en baisse alors que les coûts de production augmentent d'environ 3 % par an. La régulation prix/volume, inscrite dans la LFSS 2004, portait en germe ce décrochage.

[325] Autre mécanisme contribuant progressivement à ce décrochage, les économies de l'ONDAM hospitalier continuent à porter sur les recettes, en venant en diminution de la régulation prix/volume et non directement sur les charges. Or, si l'on veut ne pas accroître le décrochage de près d'un demi-milliard d'euros chaque année, il importe que les économies ONDAM puissent porter directement sur les charges (personnel, etc.) et non sur les seuls tarifs.

[326] **Pour limiter les effets du décrochage entre les charges et les tarifs sur la situation financière des établissements, il est donc nécessaire :**

- **de maîtriser les volumes hospitaliers ;**
- **de ralentir l'évolution des charges, notamment des charges de personnel ;**
- **d'évaluer le *quantum* d'économies réalisables annuellement par les établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM hospitalier.**

3.1.3.2 Une autre approche *ex post* de la part des tarifs dédiées à l'investissement : le taux de marge brute non aidée

[327] Faute de pouvoir déterminer de façon constructive la part des tarifs dédiée à l'investissement, la marge brute non aidée permet de donner *ex post* la part d'investissement que l'établissement peut financer des fruits de sa seule activité, soit directement par l'autofinancement, soit indirectement par le remboursement des emprunts. Il est donc intéressant de regarder quelle part de l'investissement est couverte par cette marge brute non aidée.

Tableau 13 : Part des investissements couverte par les produits d'exploitation

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux de marge brute non aidée	4,7%	3,8%	4,4%	5,0%	5,0%	5,1%
Part des investissements couverte par la marge brute non aidée	47%	37%	39%	43%	47%	48%

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-201, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

[328] Ce tableau ne permet pas de tirer directement de conclusion sur la couverture de l'investissement par les tarifs, notamment parce que la marge brute non aidée dépend de la gestion interne. Néanmoins, compte tenu de la gestion interne d'alors, notamment de la gestion des effectifs, les recettes laissaient un peu moins de 5 % au financement de l'investissement, soit plus que le niveau d'investissement courant (*cf. supra* 2.1.).

3.1.4 L'investissement doit-il être dans les tarifs ?

[329] L'investissement immobilier lourd n'est pas intégralement couvert par les tarifs (*cf. supra*). Dès lors, se pose la question de savoir si tout l'investissement devrait être inclus dans les tarifs, dans une logique de responsabilisation maximale des établissements. Une logique « tout tarif » se heurterait au moins aux inconvénients suivants :

- certaines opérations exceptionnelles (désamiantage, reconstruction parasismique) représentent des montants tels qu'elles ne peuvent pas être financées sur les seules recettes tarifaires ;
- le pilotage de l'investissement restructurant se déporterait davantage des ARS vers les établissements. Mais dès lors, quel levier de recomposition pour les ARS, quel levier pour inciter à une bonne gestion et quel serait leur rôle ?

[330] À l'inverse, même certaines chaînes de cliniques privées préfèrent que soit prélevée une part de tarifs pour intensifier du capital et pouvoir disposer d'un levier financier pour des projets restructurants qui ne se feraient pas s'il n'y avait pas une enveloppe d'aides.

[331] Le modèle actuel de financement de l'investissement, avec une part financée par les tarifs et une part financée par aides, paraît donc un système satisfaisant tout à la fois les exigences de responsabilisation des établissements et de levier de recomposition pour les ARS.

[332] **Au final, la mission considère que :**

- **les tarifs doivent couvrir l'investissement courant, *i.e.* équipement, installation générale ;**
- **les tarifs ne couvrent pas intégralement les charges d'investissement en immobilier lourd ;**
- **le financement des opérations immobilières lourdes peut justifier le recours à subventions ou dotations, dès lors qu'elles sont restructurantes pour l'organisation de l'offre de soins ou qu'il s'agit de mise aux normes de sécurité (désamiantage et parasismique uniquement) d'un coût sans commune mesure au produit d'exploitation.**

3.2 Un endettement mal maîtrisé qui obère la flexibilité financière à venir

3.2.1 Autofinancement ou endettement : quel équilibre pour quelle flexibilité financière à venir ?

- [333] La littérature sur la finance des entreprises⁵⁴ est très claire : il n'y a pas de structure financière optimale dans l'absolu. Ainsi :
- dans les années 1980, une bonne structure financière devait traduire le rééquilibrage de la structure d'une entreprise, caractérisée par une diminution rapide de l'endettement (coût prohibitif compte tenu des taux d'intérêts élevés), une amélioration de la rentabilité et un autofinancement accru ;
 - au début des années 1990, les entreprises ont peu investi et se sont peu endettées ;
 - à la fin des années 1990, le niveau historiquement bas des taux d'intérêts nominaux marque le retour en grâce de l'endettement utilisé pour financer des acquisitions ou pour réduire le capital, dans un contexte de croissance en volume et avec une inflation faible ;
 - au début des années 2000 la crise financière doublée d'une crise économique a rendu difficile le rééquilibrage de la structure financière des entreprises qui s'étaient fortement endettées ;
 - en 2007-2008, lors de la crise des *subprimes*, peu de groupes étaient endettés, hormis les LBO. Les entreprises ont cherché à se désendetter (limitation de l'investissement, réduction du BFR).
- [334] Néanmoins, les critères de décision d'un financement doivent notamment répondre au souci de garder une flexibilité financière, et donc de garder une capacité de financement en cas d'aléa positif ou négatif. C'est donc le métier de directeur financier que de choisir un financement qui ne s'apprécie pas seulement au moment de la décision mais dans le temps : un choix fait aujourd'hui peut obérer la capacité à financer un autre choix demain. En particulier, s'endetter contribue à réduire la capacité d'endettement de demain.
- [335] Si la capacité d'endettement est saturée, l'entreprise n'a pas d'autre choix que de se financer par capitaux propres. Or, en période de crise, les investisseurs préfèrent souvent se reporter sur le marché de la dette, plus sûr que le marché des capitaux propres, ce qui ferme davantage ce dernier. L'entreprise n'a alors d'autre choix que de redimensionner ou de renoncer à son investissement.
- [336] En revanche, se financer aujourd'hui par capitaux propres n'obère pas la capacité ultérieure de se financer à nouveau par capitaux, et préserve la possibilité de recourir à l'endettement.
- [337] Cette recherche de flexibilité financière pousse l'entreprise à être moins endetté que le niveau maximum qu'elle juge supportable. Elle peut également la pousser à diversifier ses sources de financement (émission obligataire *etc.*).
- [338] Néanmoins, dans un secteur à coûts fixes élevés, une entreprise sera davantage intéressée à se financer par capitaux propres, afin de ne pas ajouter aux coûts fixes d'exploitation les coûts fixes de l'endettement. Mais les secteurs à coûts fixes élevés étant à forte intensité capitalistique, ils requièrent des investissements importants qui ont inévitablement recours à l'endettement.

3.2.2 Accroissement mal maîtrisé de l'endettement hospitalier

⁵⁴ Cf. notamment Finance d'entreprise, Pierre Vernimmen, Dalloz, 2012.

3.2.2.1 Le recours à l'emprunt a vraisemblablement été sollicité jusqu'à saturation

[339] Le plan H2007 s'étant finalement soldé par une moindre part aidée et par un recours accru à proportion de l'endettement⁵⁵, qui pouvait se justifier par un bas niveau d'endettement. Les établissements de santé publics sont ainsi passés d'un endettement annuel quasi nul en 2002 (0,3 Md€) à plus de 2 Md€ par an depuis 2007. L'encours⁵⁶ a lui presque triplé en passant de 9,1 Md€ en 2010 à 26,1 Md€ en 2011. Le montant d'emprunts a plus que triplé, passant de 1,7 Md€ en 2002 à 5 Md€ en 2009. À titre illustratif, les charges d'intérêts ont représenté en 2011 plus de 820 M€, et, sur la période 2002-2011, plus de 5,2 Md€

[340] Il sera intéressant de voir l'impact du décret emprunt⁵⁷ sur les données 2012.

Tableau 14 : Évolution de l'endettement et de l'encours de la dette

Md€ (en euros courants)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Emprunts	1,7	2,2	2,9	2,8	3,2	4,0	4,8	5,0	4,3	4,1
Remboursement	1,4	1,6	1,8	1,8	1,7	1,6	1,9	2,1	2,0	1,9
Endettement	0,3	0,5	1,1	1,0	1,5	2,4	3,0	3,0	2,4	2,2
Encours de la dette	9,1	9,7	10,8	11,8	13,3	15,6	18,6	21,5	24,0	26,1

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

[341] Néanmoins, le taux d'endettement a depuis atteint des niveaux tels et la situation bancaire est telle qu'un recours massif à l'emprunt n'est plus possible dans cette mesure, alors même que restent à financer des projets d'investissement inévitables. Toute chose égale par ailleurs, même si l'ensemble des coûts d'investissement était pris en compte dans l'ENCc, cela ne changerait pas la masse financière disponible pour fixer les tarifs.

Tableau 15 : Évolution des ratios de dette

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dépendance financière	33%	33%	34%	34%	36%	40%	43%	46%	47%	49%
Durée apparente de la dette	3,5	3,4	3,1	3,8	4,6	5,6	5,5	5,4	6,2	6,1
Poids de l'encours de la dette	19%	19%	20%	21%	23%	27%	30%	34%	37%	39%
Poids du service de la dette	3,6%	3,8%	3,9%	3,8%	3,7%	3,7%	4,1%	4,3%	4,1%	4,1%

Source : IGAS d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

⁵⁵ L'endettement est le flux de dette, et est donc égal aux emprunts moins les remboursements en capital (cf. annexe 9)

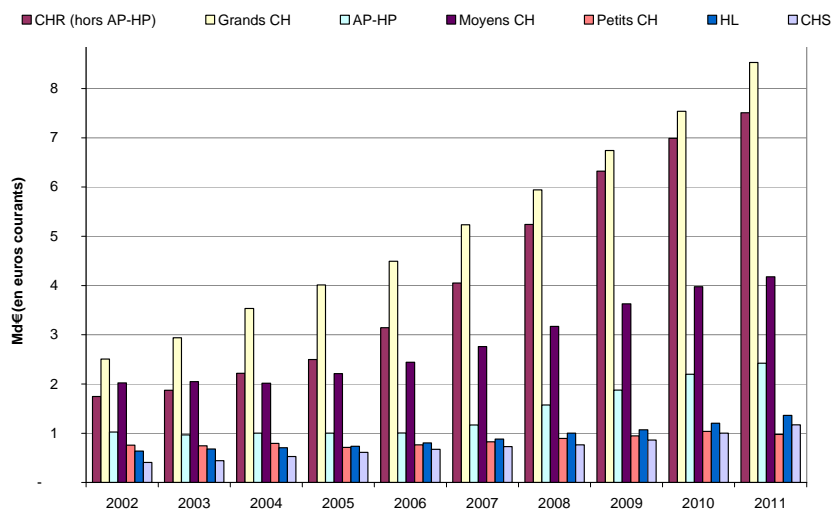
⁵⁶ L'encours est le stock de la dette, en capital.

⁵⁷ Décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

3.2.2.2 La dette est concentrée sur les CHU et les grands CH

[342] La dette est essentiellement concentrée sur les CHU, qui réunissent à eux seuls (hors AP-HP) 7,5 Md€ d'encours, soit 29 % de l'encours total, ainsi que sur les grands CH, qui avaient en 2011 un encours de 8,5 Md€, soit un tiers de l'encours total.

Graphique 9 : Évolution de l'encours de la dette par catégorie d'établissement

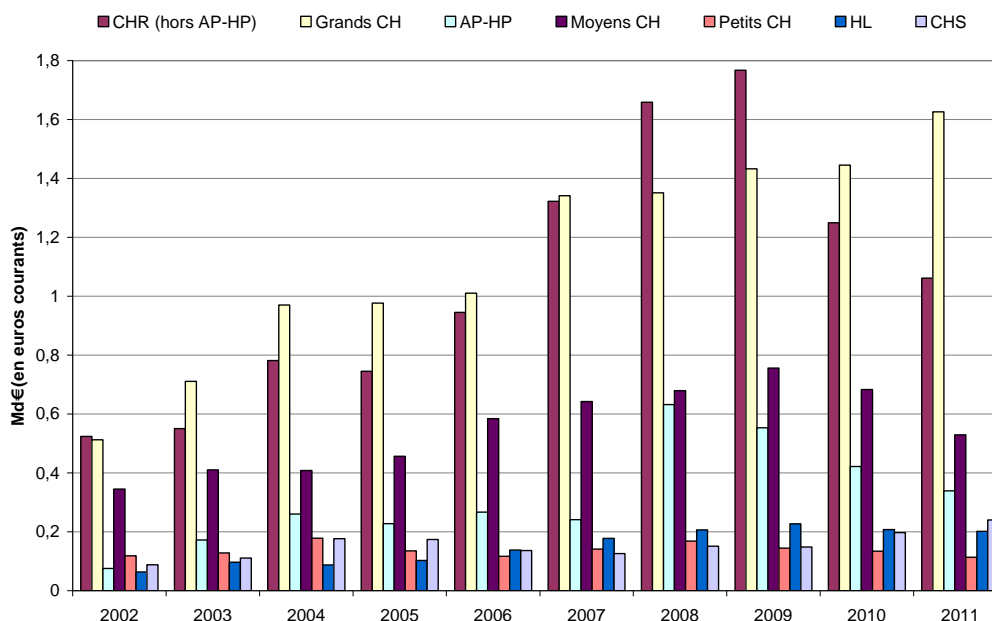


Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011 tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

[343] Il est intéressant de voir que les grands CH ont fait plus que triplé leur encours entre 2002 et 2011, en passant de 2,5 Md€ à 8,5 Md€, de même que les CHR, qui sont passés de 1,7 Md€ à 7,5 Md€. En revanche, les petits CH et les moyens CH ont été plus tempérés en doublant leur encours sur la période.

[344] Pour compléter cette analyse, il est intéressant de regarder les variables de flux, *i.e.* l'emprunt. Celle-ci montre, *cf.* graphique ci-dessous, que toutes les structures les CHR, l'AP-HP, petits CH, moyens CH et HL, hormis les grands CH et les CHS, ont amorcé dès 2010 une démarche de décélération de l'endettement en diminuant rapidement leur niveau d'emprunts. La situation des grands CH, dont le niveau d'emprunts continue à croître, est en revanche inquiétante.

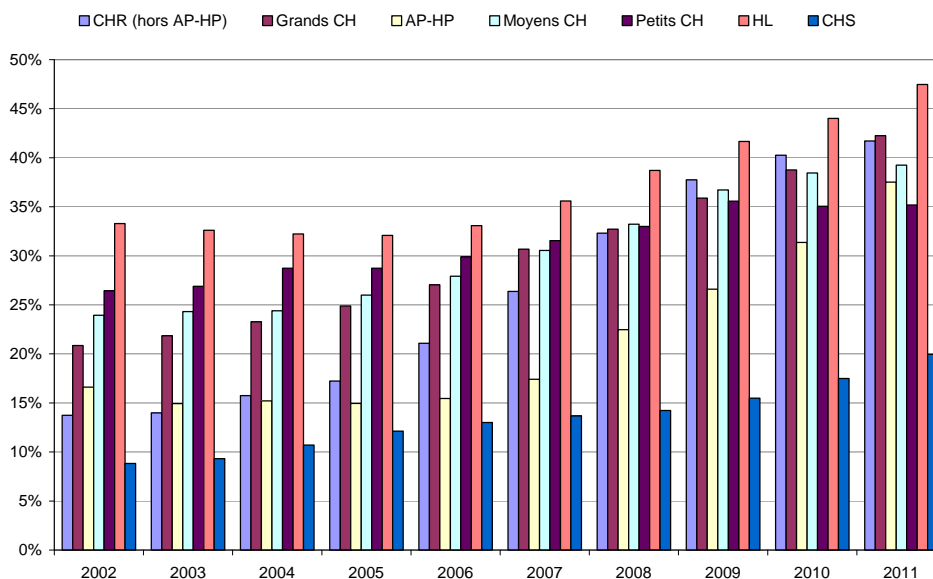
Graphique 10 : Évolution de l'emprunt par catégorie d'établissement



Source : Calcul IGAS, d'après DGFIP 2002-2011 tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

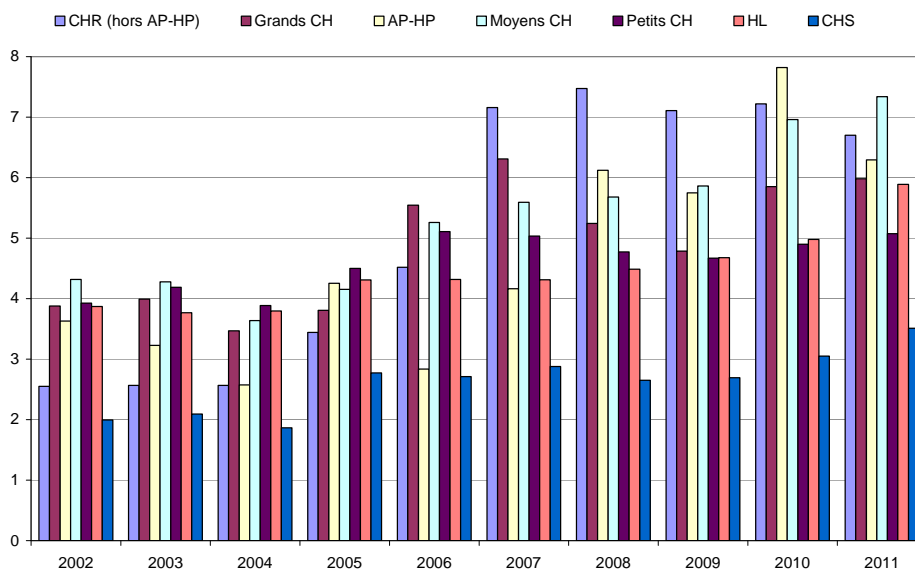
- [345] En regardant le poids de la dette, on voit que toutes les catégories sont concernées par un niveau élevé d'endettement, hormis les CHS qui conservent un niveau d'endettement modéré. En particulier, les HL ont un niveau historiquement élevé, alors que les grands CH et plus encore les CHR ont eux un endettement très rapide sur la période. On voit poindre en 2011 leur effort de désendettement avec le ralentissement du poids de la dette.
- [346] En termes de capacité d'assumer cet endettement, les CHR, de même que les CH moyens, ayant une CAF faible ont une durée apparente de la dette élevée, de l'ordre de 7, de même que les grands CH, même si elle est autour de 6 pour ces derniers.

Graphique 11 : Évolution du poids de la dette* par catégorie d'établissement



*le poids de la dette est défini comme l'encours de la dette rapporté aux produits d'exploitation
 Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements publics

Graphique 12 : Évolution de la durée apparente de la dette par catégorie d'établissement

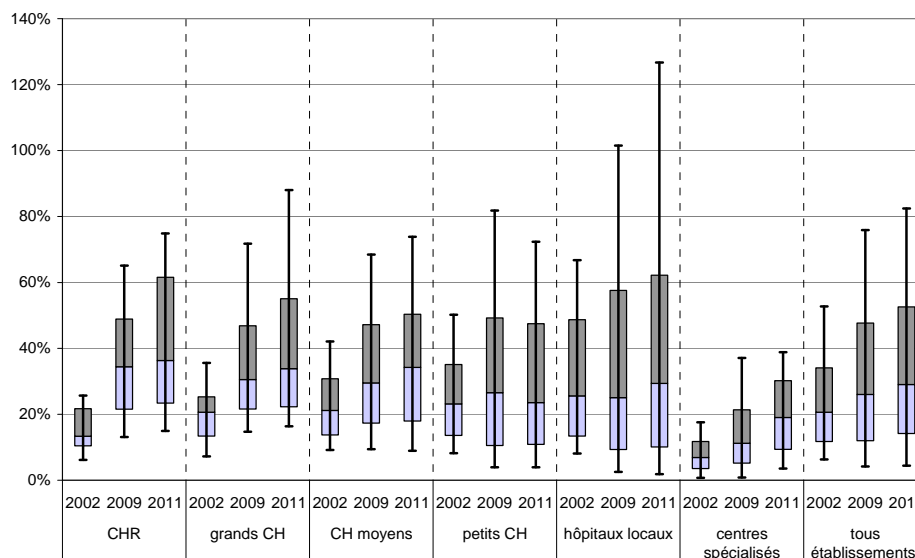


Source : DREES, d'après données DGFIP, 2002-2011, tous établissements de santé publics

3.2.2.3 L'hétérogénéité des situations d'endettement s'est accrue

[347] L'hétérogénéité des niveaux d'endettement entre établissements de même catégorie s'est accrue au cours de la période, en particulier pour les CH moyens, les grands CH et surtout pour les CHR. Pour ces derniers, l'écart-type est passé de 8 % en 2002 à 24 %. En revanche, la diminution en 2009 du niveau d'emprunt, constaté *supra* pour les CHR, les CH moyens, les petits CH, *etc.* n'a pas eu d'effet sur l'hétérogénéité des CHR, mais semble l'avoir contenue voire diminuée pour les CH moyens, les petits CH et les HL.

Graphique 13 : Dispersion des poids de la dette par catégorie d'établissement



Note de lecture : les boîtes correspondent au premier quartile, à la médiane et au dernier quartile, les barres correspondent au premier décile et au dernier décile. La catégorie CHR n'inclut pas l'AP-HP.

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

3.2.2.4 Le service de la dette a mis certains établissements dans des situations financières difficiles

[348] Si globalement, l'endettement n'atteint pas un niveau exagéré dans l'absolu, le service de la dette, de 4,1 % en 2011 (*cf. supra* tableau 15), représente pour certains établissements une telle charge par rapport à leur marge brute que cela aboutit à des prélèvements sur le FDR qui en vient à ne plus couvrir le BFR, par ailleurs pas nécessairement optimisé, de sorte que la trésorerie finance alors le fonctionnement et l'investissement, ce qui n'est à l'évidence pas souhaitable. C'est une partie des mécanismes expliquant les épisodes récents sur la trésorerie hospitalière.

3.2.2.5 Le seuil d'endettement soutenable doit être calculé à partir de la marge brute non aidée

[349] Abstraction faite des éventuelles difficultés d'accès au crédit, se pose la question du seuil d'endettement critique. Celui-ci dépend en évidence de la gestion de l'établissement et de sa capacité à dégager des ressources par sa seule exploitation, et de sa situation d'investissement (un établissement venant d'investir a mécaniquement un taux d'endettement plus élevé). Dès lors, la barre strictement forfaitaire fixée par le décret emprunt à 30 % est-elle adaptée ?

[350] La question du seuil critique de dette trouve simplement réponse en partant de la marge brute non aidée. En effet, celle-ci doit financer à la fois l'investissement courant incompressible, qui est de 3 %, ainsi que le service de la dette, de l'ordre de 4 %. **La dette soutenable par l'établissement se calcule alors comme celle dont il peut financer le service au taux d'intérêt susceptible d'être obtenu par l'établissement, de l'ordre de OAT30+200 pts de base, sur une période de 20 ans, par cette marge brute non aidée après déduction de l'investissement courant incompressible**⁵⁸. Ces hypothèses, notamment celle de la durée d'emprunt, correspondent à des positions prudentielles, l'établissement devant être à même de dégager à nouveau de la CAF après 20 ans en vue de l'investissement lourd suivant.

[351] L'endettement soutenable, sous ces hypothèses simples, peut être calculé par la formule⁵⁹ :

[352] endettement soutenable = taux de marge brute non aidée après déduction des investissements courants incompressibles * (1-(1+taux d'intérêt) ^ - durée) / taux d'intérêt.

[353] Prenons deux exemples :

- un premier établissement dont le taux de marge brute non aidée est de 6,8 %, dispose, en défalquant la part des investissements courants incompressibles, de 3,8 % pour le service de sa dette. Or, s'il consacre cette quote-part de ses produits d'exploitation pour un emprunt à taux fixe (mettons de 4 %) sur une durée de 20 ans, cela signifie qu'il peut emprunter 54 % de ses produits d'exploitation sans avoir recours à un financement extérieur.
- un second établissement dont la marge brute non aidée est de 4,8 %, le service de sa dette peut être au plus de 1,8 %, une fois déduit l'investissement courant incompressible, et que son endettement soutenable est de 24 %, ce qui est en-deçà du ratio fixé par le décret, alors que la situation est alarmante si l'établissement à un tel niveau de dette et une marge brute si faible.

[354] Fixer un seuil unique, comme le fait le décret emprunt, est une position de régulation, mais ne correspond pas à une réalité économique. Un tel seuil unique constitue essentiellement un *gate keeping*, dont l'efficacité ne semblait toutefois pas être l'objet premier et qui ressemblait davantage, d'autant plus vu du milieu bancaire, à une réaction de panique du régulateur et constituait un mauvais signal pour les banques.

Recommandation n°10 : Calculer le niveau d'endettement soutenable à partir de la marge brute non aidée et en déduisant le niveau d'investissement courant incompressible (décret, DGOS, DGFIP, ARS, établissements de santé)

- **Cas des établissements dont la dette n'est pas soutenable sans aides financières**

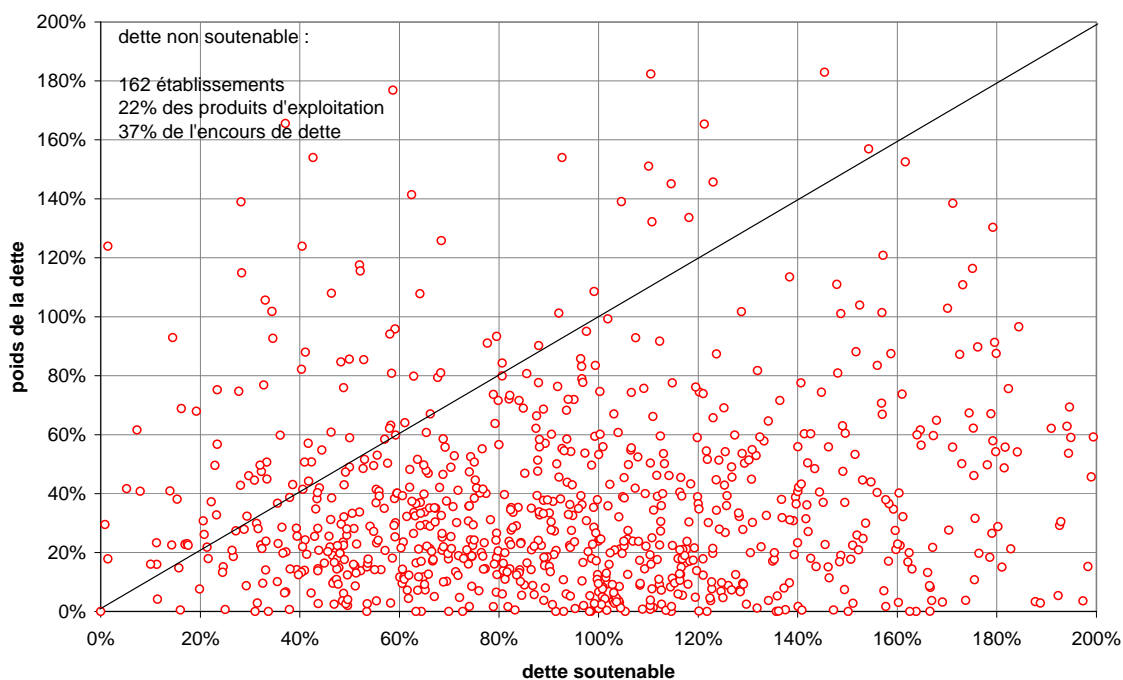
[355] Le graphique ci-dessous représente la répartition des établissements en fonction de leur dette et de leur dette soutenables, rapportées aux produits d'exploitation. Les établissements situés au dessus de la première bissectrice ont donc une dette supérieure à la dette soutenable.

[356] Les établissements dont la dette est supérieure à la dette soutenable sont en 2011 au nombre de 162 (9 CHU (AP-HM, Dijon, Amiens, Nancy, Metz, Clermont-Ferrand, HCL, La Réunion, Fort-de-France), 35 grands CH, 57 CH moyens, 31 HL et 2 CHS), et représentent 22 % des produits d'exploitation et 37 % de l'encours.

⁵⁸ NB : en toute rigueur, il faudrait prendre en compte les perspectives d'évolution des marges brutes, ce qui n'a pas été retenu ici par simplicité et par prudence. Toutefois, dans l'analyse d'un cas particulier, il conviendrait au moins d'en prendre connaissance, au moins pour appréhender le biais d'évaluation de l'endettement soutenable.

⁵⁹ Annuité = capital*taux d'intérêts / (1-(1+taux d'intérêt) ^ - durée), où le taux d'intérêt est de 4 % en l'espèce, et la durée de 20 ans.

Graphique 14 : Encours de dette et dette soutenable



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP et ATIH-ARBUST

[357] Une simple description statistique, cf. tableau *infra*, montre que le poids de la dette est globalement en-deçà du niveau critique.

Tableau 16 : Statistiques du poids de la dette et des dettes soutenables en 2011

	1 ^{er} quartile	Moyenne	Médiane	Dernier quartile
Poids de la dette	14%	40%	29%	54%
Dette soutenable	55%	92%	91%	127%

NB : les produits d'exploitation ici utilisés sont nets des aides financières (AC invest et AC déficits).

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP et ATIH-ARBUST

- **Cas des établissements dont la dette même aidée n'est pas soutenable**

[358] Parmi ces 162 établissements surendettés, si l'on prend en compte l'aide financière permettant de soutenir artificiellement la marge brute, et que l'on prend cette marge brute aidée pour calculer la dette aidée soutenable⁶⁰, 79 d'entre eux restent en situation de surendettement (dont un seul CHU (Fort-de-France), 8 grands CH, 19 CH moyens, 18 petits CH et 31 HL), représentant 2 Md€ d'encours et 3 Md€ de produits d'exploitation.

⁶⁰ Ces grandeurs sont cette fois-ci rapportées aux produits d'exploitation non défalqués des aides financières.

3.2.3 Préserver l'accès au crédit bancaire impose de clarifier la gouvernance en cas d'incident de paiement (cf. tome 2)

- [359] Ce sujet est traité *in extenso* dans le tome 2. Une synthèse est néanmoins présentée ici.
- [360] Le problème du financement, du pilotage et de la maîtrise de l'investissement se pose de façon aiguë en raison, d'une part, des opérations de reconstruction ou de rénovation inévitables et, d'autre part, de la raréfaction notable des financements classiques : l'ONDAM est contraint et le marché bancaire manifeste une réticence croissante à financer les établissements de santé publics, ce qui se manifeste notamment par le non-renouvellement des lignes de trésorerie de certains établissements.
- [361] En première analyse et suite aux entretiens obtenus avec les banques intervenant sur le crédit aux établissements de santé, la réticence des banques ne s'explique qu'accessoirement par le resserrement de la liquidité et le renforcement des règles prudentielles imposées par Bâle III.
- [362] Il apparaît au contraire que les banques ne connaissaient pas, jusque récemment, les établissements de santé, qui étaient emportés dans le portefeuille secteur local recouvrant très majoritairement les collectivités territoriales, et collatéralement, mais sans véritablement les identifier par un risque considéré comme élevé, les hôpitaux. Suite aux actualités de ces dernières années sur les déficits de la Sécurité sociale, les déficits hospitaliers, les établissements annonçant à grand bruit qu'ils ne payent plus leurs cotisations sociales, *etc.* les banques sont amenés à distinguer les établissements de santé comme générateur d'un risque potentiellement plus grand qu'évalué alors.
- [363] Ainsi, elles sont devenues méfiantes vis-à-vis du secteur sanitaire, encouragées en cela par l'absence de lisibilité de la gouvernance en cas de difficulté financière, en particulier par rapport aux collectivités territoriales. Les banques s'estiment en outre davantage exposées, en cas de défaut de paiement, à un risque réputationnel sur les établissements de santé que sur les collectivités territoriales.
- [364] Par conséquent, les banques ont adopté une stratégie d'attente en stabilisant leur encours sur les crédits moyen terme et long terme, pour ne pas être interpellées politiquement, et avant d'en savoir davantage, et en ne renouvelant pas leurs lignes de trésorerie aux établissements pour lesquels le risque est évalué comme trop grand. Elles préfèrent donc le secteur des collectivités territoriales qu'elles considèrent comme moins risqué, même si elles ne considèrent pas l'hôpital comme un risque très élevé.
- [365] On a donc une situation où **la bonne gestion des établissements et la maîtrise de l'investissement sont des préalables indispensables pour rassurer les banques sur le risque du secteur hospitalier et donc sur le crédit à court, moyen et long terme.** Il est donc nécessaire de mettre en place un dispositif efficace de prévention et de traitement des incidents de paiement des établissements de santé publics.
- [366] Il importe donc avant tout de rétablir la confiance des banques dans le risque emprunteur associé aux établissements en donnant des gages de bonne gestion des établissements de santé publics et de bonne instruction des projets d'investissement.

3.3 Dégager un maximum de ressources d'autofinancement par une gestion à la marge brute non aidée

3.3.1 Préserver sa capacité future d'investir : la marge brute non aidée

3.3.1.1 Taux de marge brute vs. CAF

- [367] L'autofinancement est mesuré par divers soldes intermédiaires de gestion, notamment la marge brute et la CAF (Cf. annexe 9). Jusqu'alors, la gestion hospitalière utilisait quasiment uniquement la CAF. Toutefois, la CAF intègre, par rapport à la marge brute, le résultat financier (-872M€ en 2011) ainsi que les résultats exceptionnels⁶¹ (+213M€ en 2011).
- [368] La marge brute constitue, elle, la ressource générée par la seule exploitation et disponible pour financer les investissements passés et futurs. Calculée avant les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, mais après les charges de personnel, les fournisseurs, elle constitue un résultat purement économique.
- [369] Il est désormais largement admis que la marge brute est le solde de gestion intermédiaire clef dans le pilotage des établissements, en interne et par la tutelle, et encore plus particulièrement dans le cadre de l'investissement.
- [370] Le tableau ci-dessous, détaille la différence entre ces soldes intermédiaires de gestion du cycle d'exploitation.

Tableau 17 : Définitions de marge brute et de la CAF

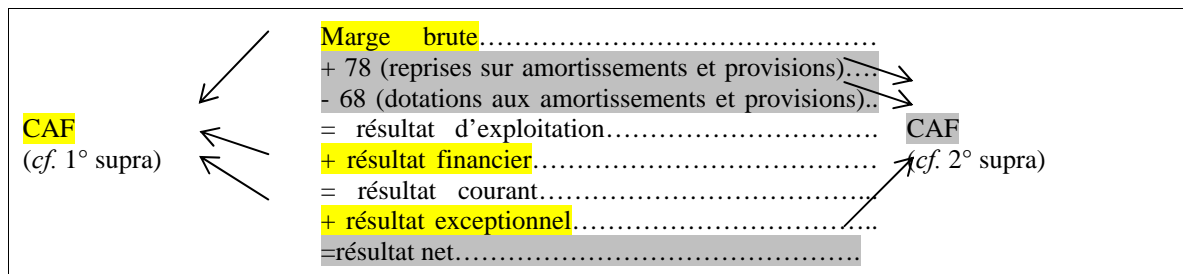
	Calcul	Couverture théorique
Marge brute	= Produits bruts d'exploitation + subvention d'exploitation et autres produits d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel	-le renouvellement des actifs (amortissements) ; -les risques d'exploitation (dépréciations et provisions) ; -le remboursement des emprunts (charges financières)
CAF	1°) CAF = marge brute + résultat financier + résultat exceptionnel 2°) CAF = résultat net + amortissements, dépréciations, provisions nettes de reprises	-le renouvellement des actifs (amortissements) ; -les risques d'exploitation (dépréciations et provisions) ; - la croissance des capitaux propres.

Source : IGAS, d'après *La Gestion financière pluriannuelle des investissements hospitaliers publics*, G. de DARAN, C.-A. DOUSSOT-LAYNAUD, Ph. PEYRET, presses de l'EHESP, 2008, p. 48

⁶¹ A l'exception des cessions d'actifs (c. 775/675) et des subventions d'exploitation virées au compte de résultat (c. 777), qui sont déduites de la CAF.

[371] Le schéma ci-dessous permet de bien comprendre l'articulation entre CAF et marge brute :

Schéma 5 : Articulation entre CAF et marge brute



Source : Ibid. p. 49

[372] Néanmoins, l'utilisation de la marge brute telle qu'elle est définie par Hospidiag⁶² n'est pas satisfaisante car elle inclut les aides financières⁶³, ce qui gonfle artificiellement la marge brute qui devrait être purement économique. Or, la capacité future d'investissement intrinsèque à l'établissement ne doit pas tenir compte des aides financières. Il est donc souvent fait usage du taux de marge brute non aidée, où sont donc retirés des produits d'exploitation les AC « investissement » ainsi que les AC « restructuration et soutien aux établissements déficitaires »⁶⁴.

[373] Compte tenu de sa simplicité, c'est cette définition, utilisée notamment par la DGOS, que retient la mission (cf. annexe 9 pour les diverses définitions du taux de marge brute non aidée).

3.3.1.2 Évolution du taux de marge brute non aidée

[374] Le tableau ci-dessous donne l'évolution des différents taux de marge brute. Les taux de marge brute non aidées n'ont de sens qu'après 2006⁶⁵.

Tableau 18 : Évolution des différents taux de marge brute

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tx de marge brute	6,4%	6,5%	7,8%	6,8%	6,4%	5,7%	6,4%	7,0%	7,0%	7,4%
Tx de marge brute hors AC invest					5,2%	4,4%	5,1%	5,7%	5,5%	5,9%
Tx de marge brute non aidée*					4,7%	3,8%	4,4%	5,0%	5,0%	5,1%
Poids du service de la dette	3,6%	3,8%	3,9%	3,8%	3,7%	3,7%	4,1%	4,3%	4,1%	4,1%

* hors AC investissement et AC restructuration et soutien aux établissements déficitaires

Source : IGAS, d'après données DGFiP, 2002-2011, tous établissements de santé publics, et pour les AC ATIH, ARBUST 2006-2011

⁶² La définition affichée dans la présentation des indicateurs d'Hospidiag comprend d'ailleurs une erreur : elle omet de dire qu'il faut prendre en compte au numérateur les crédits de classe 6.

⁶³ Les AC, notamment les AC investissement et les AC déficit, sont incluses dans le c.731.

⁶⁴ Les autres AC sont laissés au dénominateur dans la mesure où elles financent des activités réelles et viennent en quelque sorte compenser les charges que génèrent ces activités.

⁶⁵ La mission n'a pas pu obtenir le montant des AC investissement et déficit pour 2005, et, auparavant, le financement en dotation globale était tout sens à la notion de taux de marge brute non aidée, puisque les aides étaient le plus souvent directement intégrées via une majoration de dotation.

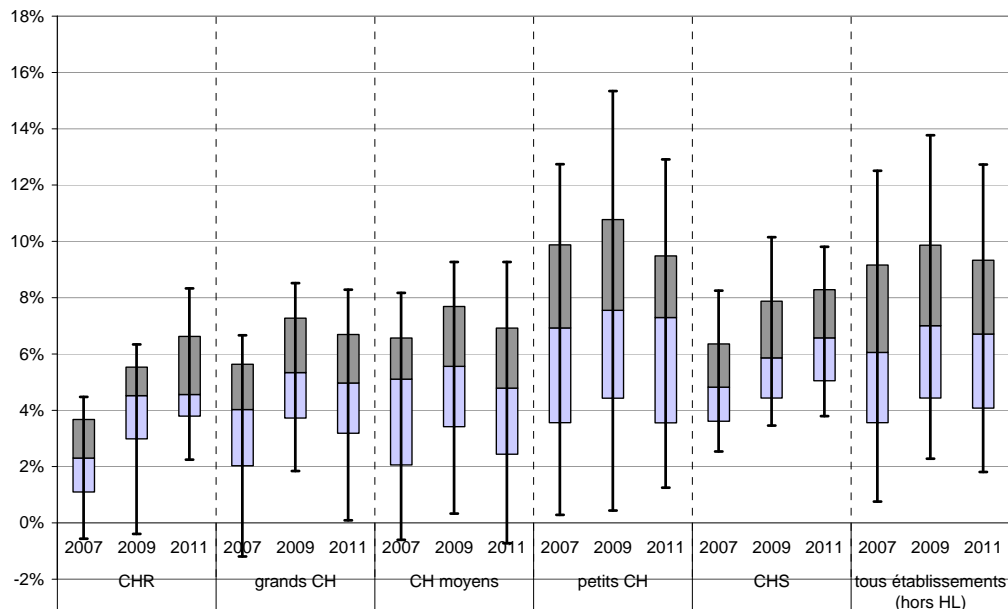
- [375] Globalement, les AC ont donc permis de maintenir à niveau le taux de marge brute sur la période 2002-2011, autour de 7 %. En revanche, le système de tarification pure, hors AC, a permis d'assurer un taux de marge à hauteur de seulement 4,6 % en 2011.
- [376] Les marges brutes ont tendance à se reconstituer depuis l'année 2007, qui a été l'année où les établissements ont été le plus durement atteints, semble-t-il, dans leur exploitation. Cette remontée manifeste vraisemblablement les efforts de gestion entrepris par les établissements de santé.
- [377] **Le service de la dette absorbe globalement 4,1 % des produits, pour une marge non aidée à 5,1 %⁶⁶, ce qui ne laisse que 1 % pour assumer l'investissement courant** (dont on a vu qu'il existait un niveau incompressible à 3 %) sans faire appel à des financements externes. Le taux de marge brute non aidée est donc bien insuffisant pour que les établissements ne dépendent pas massivement des aides financières.
- [378] En volume, la marge aidée disponible après déduction du service de la dette pour financer l'investissement courant représentait en 2011 2,2 Md€, ce qui couvre les dépenses d'investissement d'équipements et d'IGAAC évaluées (1,5 Md€ en 2011), mais demeure inférieure aux dépenses d'investissement hors immobilier lourd (2,6 Md€ en 2011). Le fait que les investissements courants auxquels s'ajoute le remboursement de la dette soit supérieur à la marge brute signifie que l'établissement dépend des aides extérieures et est sur un rythme d'investissement qui n'est pas soutenable à terme.

3.3.1.3 Les taux de marge brute non aidée sont très hétérogènes en fonction de l'établissement ou de sa catégorie

- [379] Les taux de marge brute non aidée sont très dispersés au sein des établissements de santé (*cf. infra* graphique) :
- les CHR qui ont historiquement la marge brute non aidée la plus faible (moyenne de 2,3 % en 2007), mais aussi la plus homogène (écart-type de 2,4 % en 2007) ;
 - les grands CH et les CH moyens constituent deux ensemble comparables, avec un taux de marge brute non aidée légèrement plus élevé que les CHR (moyennes respectives de 3,4 % et 4,2 % en 2007), mais également plus hétérogènes écarts-types respectifs de 3,8 % et 4,1 % en 2007) ;
 - enfin, les petits CH ont un taux de marge brute non aidée plus élevé que les précédents (moyenne de 6,7 % en 2007), mais sont encore plus hétérogènes (écart-type de 4,9 %).
- [380] Il semble ainsi se dessiner le fait stylisé suivant : plus l'échelle des établissements est petite, plus les taux de marge brute sont hétérogènes mais en moyenne élevés. Ce qui semble montrer que plus l'échelle de l'établissement est importante, plus son investissement est lourd et entrave la marge brute, mais la plus la gestion de ces établissements est homogène.
- [381] Comme on peut s'y attendre, les aides financières atténuent cette hétérogénéité : l'écart-type des taux de marge aidée est de 4,6 % en 2011, alors qu'il est de 5,7 % pour les taux de marge non aidée, l'effet jouant principalement sur les CH moyens, dont l'écart-type passe de 6,6 % avant aides financières à 4,7 % après aides financières.

⁶⁶ Bien que l'endettement actuel soit aussi expliqué par des opérations d'investissement avec un endettement aidé, il n'en demeure pas moins que la mission maintient la comparaison du service de la dette et à la marge brute aidée car il s'agit de mesurer non pas la capacité d'investissement intemporel mais la capacité d'investissement future.

Graphique 15 : Dispersion des marges brutes non aidées par catégories en 2007, 2009 et 2011



Note de lecture : les boîtes correspondent au premier quartile, à la médiane et au dernier quartile, les barres correspondent au premier décile et au dernier décile. La catégorie CHR n'inclut pas l'AP-HP.

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP et ATIH-ARBUST, tous établissements de santé publics hors HL

[382] En évolution, l'année 2007 est pour toutes les catégories d'établissement celle où le taux de marge brute a été le plus faible de toute la période 2006-2011. Ensuite, à partir de 2008 le taux de marge augmente et atteint globalement un sommet en 2009 avant de diminuer à nouveau en 2010 et 2011.

[383] S'agissant des CHR, ils constituent la seule catégorie dont le taux de marge brute non aidée augmente depuis 2007, et en particulier, la seule catégorie à ne pas marquer une pause ou une baisse après 2009, signe que les efforts de redressement et de bonne gestion portent leurs fruits. Leur niveau de taux de marge brute non aidée doit toutefois encore s'améliorer pour atteindre un niveau plus sécurisant. En revanche, l'hétérogénéité des CHR augmente pendant cet effort, reflet d'une différence de vitesse dans l'amélioration des CHR.

[384] Les autres catégories, grands, moyens et petits CH, ont toutes connu un sommet en 2009 et une baisse continue depuis. Si les petits CH sont globalement à un niveau de marge brute plus satisfaisant, la situation des grands CH et des moyens CH est d'autant plus inquiétante que la baisse intervient alors que le niveau de marge brute non aidée est globalement insuffisant.

3.3.1.4 Modèle économique des établissements de santé

[385] La marge brute constitue donc la ressource générée par la seule activité de l'établissement et disponible pour les investissements passés et futurs. Elle doit donc financer les investissements courants, ainsi que les investissements immobiliers lourds, le plus souvent via le service de la dette. Étant la variable clef du pilotage de l'établissement, il est intéressant d'en connaître les déterminants.

- [386] La DREES, dans le panorama des établissements de santé 2012, a précisément recherché les déterminants de la marge brute pour les hôpitaux publics et les cliniques privées à but lucratif ayant une activité de court séjour entre 2005 et 2009.
- [387] L'intérêt de l'étude porte notamment sur la constitution d'une base de données rassemblant à la fois les données comptables et financières (DGFIP pour les hôpitaux publics, COFACE pour les cliniques privées à but lucratif), et des données d'activité et de facteurs de production (PMSI et SAE), ce qui permet notamment de prendre en compte des facteurs organisationnels (DMS, taux d'occupation des lits, personnel), ainsi que des effets de gamme (spécialisation ou non, y compris au sein d'un segment).
- [388] La DREES identifie les déterminants de la marge brute en effectuant une régression de ce indicateur de rentabilité entre 2005 et 2009 sur :
- des variables environnementales (taux de CMUC, organisation de l'offre de soins à moins de 50km, *etc.*) ;
 - des facteurs de production (présence d'urgences, taille, taux d'occupation des lits, ETP, *etc.*) ;
 - des variables d'activité (part de chacune des activités, DMS, *etc.*).
- [389] Les résultats de cette régression sont présentés synthétiquement dans le tableau 19 ci-dessous. Les conclusions en sont les suivantes :
- la rentabilité des établissements publics dépend des variables environnementales (population urbaine, taux de CMUC, présence de concurrence dans les environs), pas celle des cliniques privées, probablement parce que ces dernières, libres de leur choix d'implantation, choisissent des lieux où le rapport de l'offre et la demande leur est favorable ;
 - il existe un effet taille. Pour les établissements publics, les rendements d'échelle sont croissants pour les petits établissements et décroissants à partir d'une certaine taille. Pour les cliniques privées, les petites cliniques sont fortement pénalisées ;
 - l'organisation des soins, notamment la DMS et le taux d'occupation, influent très fortement sur la rentabilité⁶⁷;

Tableau 19 : Déterminants de la marge brute : variables significatives

	Hôpitaux publics		Cliniques privées	
	Impact positif sur la marge brute	Impact négatif	Impact positif sur la marge brute	Impact négatif
Aléa temporel	Oui***			
Variables d'environnem.	-% pop. Urbaine du département**	-% CMUC dans le département** -nb d'établis. à moins de 50km***		
Facteurs de production	<i>Effet taille</i>			
				-moins de 100 lits et places***

⁶⁷ NB : il est intéressant de noter que le taux de chirurgie ambulatoire n'apparaît pas comme significatif dans l'étude, sans doute en raison de l'hétérogénéité des organisations mises en place dans les établissements et de leur efficacité.

		-moins de 200 lits et places *		
		-plus de 800 lits et places *		
	Organisationnel			
	-taux d'occupation des lits MCO**	-DMS ***	-taux d'occupation des lits MCO***	-DMS***
	Personnel			
		-ETP non méd. soignant par lit/place ***	-ETP médicaux par lit/place***	-ETP non méd. soignant par lit/place ***
		-ETP non méd. non soignant par lit/place ***		
Variables d'activité	Panel d'activités			
	-% cas lourds***		-présence d'urgences*	
		-% consult. externes **		
	-part des dotations MIG***		-% chirurgie dans le court séjour***	
	Effet de spécialisation			
	-entropie inter-segments*	-entropie intra-segments ***		-entropie intra-segments ***

NB : *** signifie significativité du coefficient de la variable à 99 %, ** à 95 % et * à 90 %.

Source : Synthèse IGAS d'après Panorama des établissements de santé 2012, Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé, DREES, 2012.

- le nombre d'ETP par lit/place sont très déterminantes pour la marge brute, mais joue différemment selon le statut des établissements. Dans les établissements publics, ce sont les ETP non médicaux (soignant ou non) qui pèse sur la marge brute. Dans les cliniques privées, ces ETP ne sont pas déterminants pour la marge brute, mais a contrario, le taux d'encadrement médical est positivement déterminant : plus il y a de médecins, plus la clinique est rentable, ce qui reflète d'une part, le fait que leur rémunération ne pèse pas sur les charges des cliniques, et, d'autre part, peut-être un effet de clientèle apportée par chaque praticien ;
- s'agissant des stratégies de spécialisation, les établissements publics ont intérêt, en termes de rentabilité, à une stratégie de diversification des segments d'activités et une spécialisation forte au sein de ces segments, alors que les cliniques ont intérêt à une spécialisation intra-segments, indépendamment du nombre de ces segments ;
- la part des consultations externes pèse sur la marge brute des établissements publics, coûteuses en mobilisation de moyens et de personnels ;
- les cas lourds profitent à la rentabilité des établissements, *via* une tarification avantageuse.

[390] **En conclusion, il est essentiel que les établissements, pour préserver leur capacité future à investir, agissent sur les facteurs endogènes, bien connus, *i.e.* :**

- maîtrisent leur masse salariale ;
- s'efforcent d'améliorer l'organisation des soins, la réflexion entre directions financières, des soins et équipes soignantes devant notamment porter à réduire les DMS dès lors que la qualité des soins n'est pas affectée.

3.3.1.5 La marge brute non aidée doit couvrir l'investissement courant et, pour les investissements immobiliers lourds, le remboursement de la dette

[391] Comme vu *supra* au 3.1, il existe une part incompressible de 3 % de la marge brute consacrée à l'investissement courant (équipement et immobilier léger). Par rapport à un taux de marge brute non aidée d'environ 7 %, cela laisse environ 4 % pour le service de la dette sans recourir à des aides financières. La question du niveau soutenable d'investissement doit donc également s'aborder par la question du taux de marge brut non aidée.

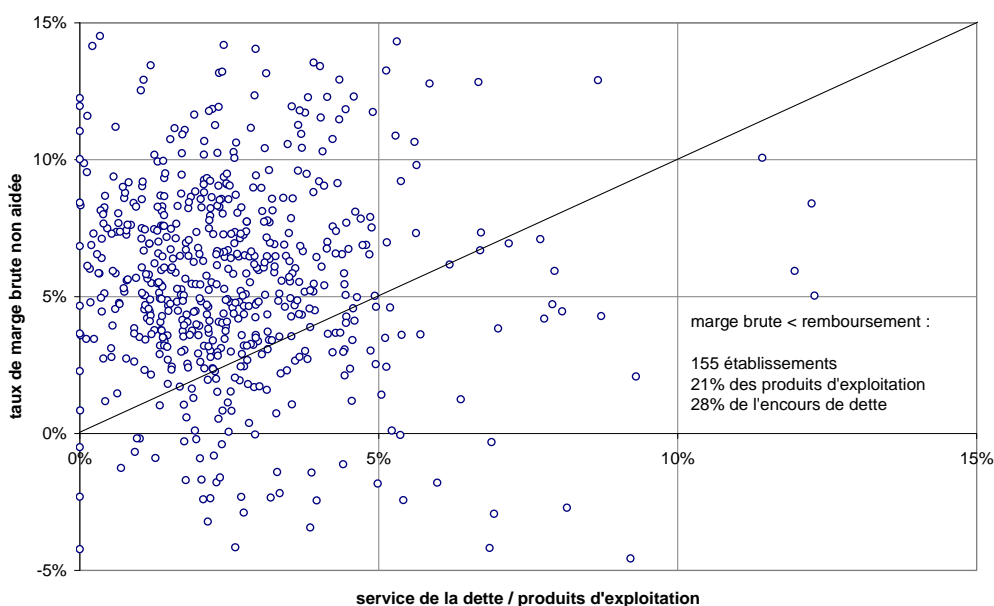
- les établissements dont la marge brute non aidée est inférieure à 3 %, montant d'investissement courant incompressible

[392] Ces établissements ne parviennent même pas à financer seuls leur investissement courant, et sont donc grandement dépendants des aides financières non seulement pour financer l'investissement lourd *via* l'endettement, mais aussi pour l'investissement courant. Ces établissements étaient en 2011 au nombre de 150, ils représentaient 15 % des produits d'exploitation des établissements publics, et 18 % de l'encours de dette.

- les établissements dont la marge brute non aidée ne permet pas de couvrir le remboursement de leur dette

[393] Cela signifie que sans même évoquer la question de l'investissement courant, ces établissements ont besoin d'aide pour le remboursement de leur dette. Ces établissements sont en 2011 au nombre de 155 (dont 6 CHU), ils représentent 21 % des produits d'exploitation et surtout 28 % de l'encours de la dette.

Graphique 16 : Taux de marge brute non aidée et couverture des remboursements



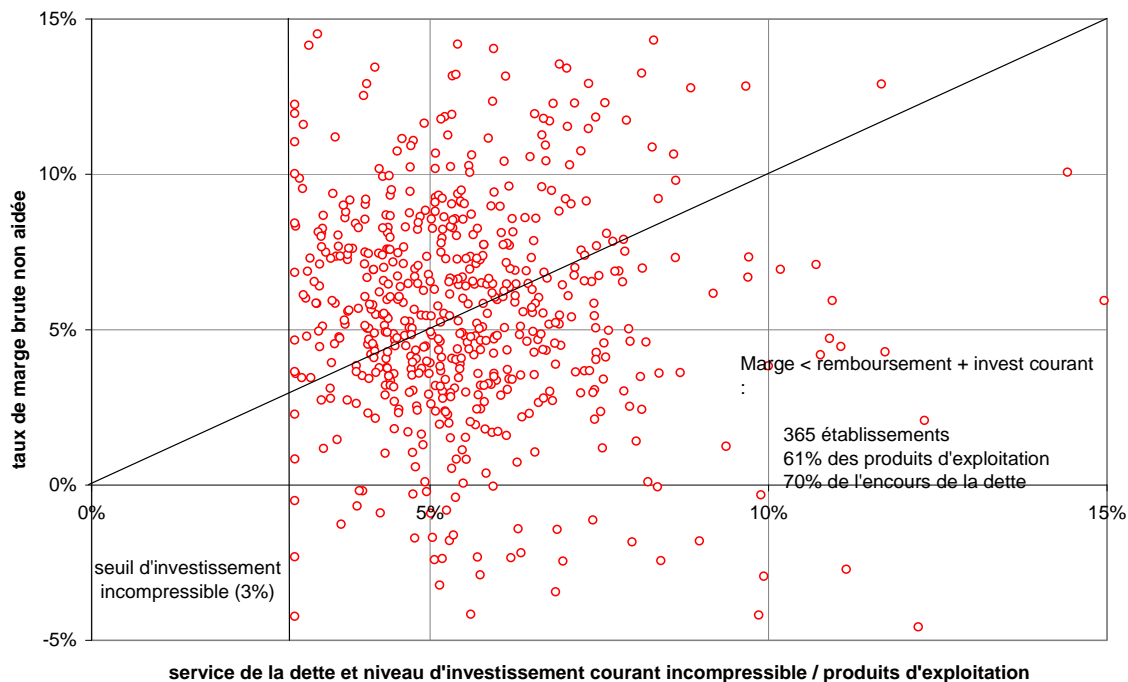
Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP et ATIH – ARBUST, tous établissements de santé publics hors HL

- les établissements dont la marge brute non aidée ne permet pas de couvrir les 3 % d'investissement courant incompressible et le remboursement de leur dette

[394] Ces établissements ont donc besoin d'aides financières pour pouvoir couvrir leur besoin d'investissement. Au nombre de 365, ils représentent en 2011 61 % des produits d'exploitation et 68 % de l'encours de la dette. Cela signifie que, structurellement, la majeure partie des établissements de santé publics n'ont pas développé une marge brute suffisante pour couvrir leurs investissements courants et le remboursement de leur dette sans recourir aux aides financières. Parmi ces établissements, on retrouve notamment 20 des 30 CHR, ainsi que l'AP-HP, 80 des 129 grands CH, *etc.*

[395] Or, les aides financières étant soumises à la très forte contrainte de l'ONDAM et les investissements inéluctables (désamiantage, mise aux normes parasismique) emportant largement la marge de manœuvre, il y a là un sujet de pilotage que d'amener autant que faire se peut ces établissements de santé à une situation où ils n'ont plus besoin d'aides financières pour couvrir leur investissement courant et le remboursement de leur dette.

Graphique 17 : Taux de marge brute non aidée et couverture du remboursement de la dette et des investissements courants incompressibles



Source : IGAS, d'après données DGFIP et ATIH – ARBUST, tous établissements de santé publics hors HL

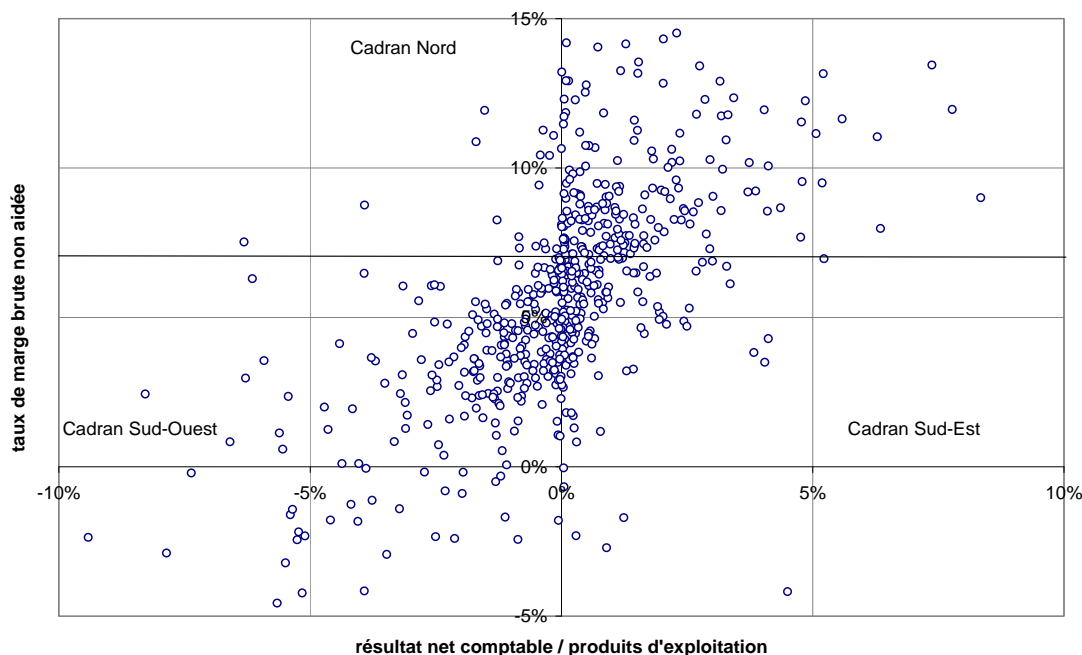
3.3.1.6 Pilotage des établissements : taux de marge brute vs. équilibre comptable

[396] La souplesse d'utilisation de provisions rend peu fiable le résultat net comptable. Au demeurant, l'équilibre comptable, qui est un objectif en soi légitime et justifié, inclut un certain nombre de biais conjoncturel : aides diverses, opérations exceptionnelles. Il ne peut donc pas être le seul indicateur de pilotage interne des établissements dans la mesure où il demeure muet sur la capacité intrinsèque des établissements à dégager suffisamment de ressources à partir de leur seule exploitation, et, en particulier, sur leur capacité propre à couvrir leurs investissements passés et futurs sans dépendre d'aides financières.

[397] La marge brute, au contraire, étant par nature un résultat économique pur, constitue lui un indicateur de gestion interne permettant de piloter les établissements sur leur capacité à dégager suffisamment de ressources à partir de leur exploitation pour couvrir les investissements sans dépendre d'aides financières.

[398] Il est par ailleurs intéressant de regarder la répartition entre, d'une part, le résultat net comptable et, d'autre part, le résultat économique *via* la marge brute de chaque établissement.

Graphique 18 : Taux de marge brute non aidée vs. équilibre comptable : l'adhérence au résultat net comptable à l'équilibre



Source : IGAS, d'après données DGFIP, 2011, tous établissements de santé publics hors HL

[399] Le graphique montre une certaine adhérence des établissements autour de l'axe des ordonnées, *i.e.* l'équilibre comptable, alors que les marges brutes sont davantage disséminées⁶⁸, ce qui est somme toute normal, la variable de pilotage étant précisément l'équilibre comptable.

[400] Ce graphique permet de distinguer trois types d'établissements :

- ceux, dans le cadran Nord, dont la marge brute non aidée est au-delà de 7 %, qui ont, hormis quelques exceptions, un résultat net positif⁶⁹, dont la situation financière semble donc saine. En 2011, 212 établissements étaient dans cette situation et ils représentaient 20 % des produits d'exploitation ;
- ceux dans le cadran Sud-Ouest, dont la marge brute non-aidée est en-deçà de 5 % et dont le résultat net comptable est négatif, qui sont dans une situation financière et comptable difficile si le taux de marge brute est faible et le résultat net comptable très négatif. En 2011, 179 d'établissements (dont 5 CHU) avaient une marge brute non aidée en-deçà de 5 % et un résultat net comptable inférieur à -0,3 %, ils représentaient 36 % des produits d'exploitation ;

⁶⁸ Pour le résultat net comptable, l'écart type est de 3,8 % autour de -0,3 %, pour les marges brutes, l'écart type est de 5,4 % autour de 5,3 %.

⁶⁹ Le caractère positif ou négatif du résultat net doit être interprété avec une certaine marge autour de 0 %, *modulo* le jeu des provisions.

- ceux dans le cadran Sud-Est, dont la marge brute est en-deçà de 5 % et dont le résultat net comptable est positif, qui sont dans une situation financière dégradée (si le taux de marge brute est faible) contradictoire avec ce qui transparaît sur le résultat comptable. En 2011, 102 établissements étaient dans cette situation et ils représentaient 22 % des produits d'exploitation.

[401] Si le résultat net comptable doit rester un indicateur de pilotage, il est donc souhaitable que le pilotage des établissements soit désormais centré sur la marge brute non aidée *via* la fixation d'un objectif dans le CPOM. C'est une condition nécessaire pour que les établissements puissent préserver leur capacité d'investissement sans préempter les aides financières qu'il faut concentrer sur les opérations inéluctables ou restructurantes.

Recommandation n°11 : Fixer dans les CPOM des objectifs de taux de marge brute non aidée à un niveau permettant aux établissements de couvrir le niveau incompressible de l'investissement courant et le service de leur dette, et d'ainsi préserver la capacité d'autofinancer son investissement (ARS, établissements de santé, circulaire DGOS).

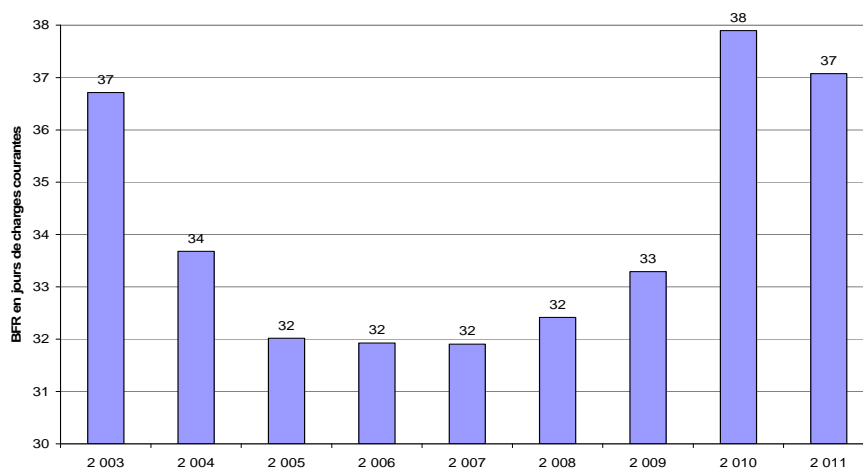
3.3.2 Optimisation du BFR : notion de BFR cible sécurisé développée par l'ARS Rhône-Alpes

[402] Autre recours pérenne pour accroître son autofinancement, l'optimisation du BFR doit permettre de réduire la mobilisation du FDR sur les besoins de trésorerie causés par le décalage de la vie économique de l'établissement. La démarche d'optimisation du BFR est classique dans le secteur industriel et commercial, en particulier lorsque la situation financière se détériore. Il s'agit essentiellement de détailler les délais de rotation des stocks, de recouvrement des créances (facturation notamment) ainsi que les délais de paiement des fournisseurs, et des dettes diverses (sociales, fiscales, *etc.*), et, ensuite, de se fixer des délais cibles et les processus de gestion permettant de parvenir à un niveau de BFR considéré comme incompressible.

[403] Le BFR est de l'ordre d'un mois d'exploitation⁷⁰. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du BFR en jours de charges courantes. S'agissant de l'explication du niveau relativement bas entre 2004 et 2008, la DGOS évoque les avances T2A consenties par l'Assurance maladie ; la remontée du BFR en 2009-2010 serait quant à elle liée au remboursement de ces avances dans le cadre de l'apurement de la créance de l'article 58.

⁷⁰ En effet, les salaires sont payés avec un mois d'avance sur les versements CPAM permettant de les couvrir (25 % au 15 de M+1 et 45 % au 20 de M+1, soit les 70 % que représentent en moyenne les charges de personnel). Il faut également ajouter à ces considérations, d'une part, les stocks et les créances à l'égard des hospitalisés et les tiers payant, et, d'autre part, les dettes fournisseurs.

Graphique 19 : Évolution de la moyenne des BFR en jours de charges courantes



Source : IGAS, d'après données DGFIP, tous établissements de santé hors SIH et GCS

- [404] À titre d'ordre de grandeur, un jour de BFR gagné en 2011 représentait au niveau national 200M€ pouvant le cas échéant être libérés pour l'autofinancement d'investissement. C'est donc une ressource dont on ne peut se priver.
- [405] Jusqu'à récemment, on ne disposait néanmoins pas, notamment du côté des ARS, d'un outil simulant le coût du cycle d'exploitation, ce qui ne permettait pas ni de vérifier le niveau des haut et bas de bilan, ni de fixer simplement le niveau de BFR jugé comme incompressible, à tout le moins atteignable. Ainsi, en Rhône-Alpes, l'ARS n'a constaté que tardivement que les trois CHU utilisaient des lignes de trésorerie pour financer du fonctionnement, et que le niveau du FDR y était bien en-deçà du niveau de sécurité, exposant les établissements à des problèmes de trésorerie.
- [406] L'ARS Rhône-Alpes a développé sur Excel un outil calculant le coût d'un cycle d'exploitation et, partant, déterminant le niveau de BFR sécurisé. Schématiquement, l'outil repart des comptes financiers, met en évidence le haut de bilan et le bas de bilan, norme des délais de paiement ou de recouvrement, puis calcule le BFR normé issu de ces délais normatifs appliqués aux flux financiers. La notion de BFR de sécurité vient de ce que sont ajoutés à ce BFR normé les dépréciations pour compte de tiers et les provisions CET, qui ne constituent pas des ressources stables, bien qu'ils soient théoriquement inclus dans le FDR⁷¹.
- [407] L'ARS Rhône-Alpes, dans le cadre des comités régionaux de veille active, utilisera bientôt cet outil pour déterminer par avenant au CPOM des établissements des objectifs d'amélioration du BFR en échange des avances de trésorerie.

Recommandation n°12 : Optimiser le BFR sur la base de l'outil développé par l'ARS Rhône-Alpes (circulaire DGOS, ARS, établissements de santé)

⁷¹ Guide méthodologique gestion active de la trésorerie hospitalière, ministères chargés de la Santé et des Finances, septembre 2001.

3.3.3 Leviers transitoires de l'autofinancement pouvant être mobilisés en cas d'opération lourde

3.3.3.1 Le prélèvement sur le FDR nécessite d'être pratiqué avec maîtrise

- [408] Le FDR, ligne d'équilibre du haut de bilan⁷², constitue la marge de sécurité que l'établissement a pu constituer depuis sa mise en service pour faire face à ses besoins de financement.
- [409] Depuis 2010, il n'y a plus de distinction entre fonds de roulement d'exploitation (FRE) et fonds de roulement d'investissement (FRI). Le FRI constituait la réserve de financement dédiée aux programmes d'investissements futurs, sous condition toutefois que le FRE pût financer le BFR.
- [410] Ainsi, afin d'accroître l'autofinancement, il n'est pas déraisonnable de prélever transitoirement sur le FDR, tant que celui-ci demeure supérieur à son niveau de sécurité (*cf. supra* 3.3.6.). Néanmoins, ce prélèvement doit être transitoire et ne doit pas engendrer, pour se replacer dans le schéma FRE/FRI, de prélèvement sur le FRE et en particulier, si ce dernier ne peut plus financer le BFR. De tels établissements sont alors amenés à payer du fonctionnement et de l'investissement par des lignes de trésorerie, ce qui est formellement contraire à toute bonne gestion, qu'il s'agisse du secteur hospitalier ou du secteur industriel et commercial.
- [411] Le problème pour les ARS, et dans une moindre mesure les établissements dont le DAF devrait en avoir connaissance, est que l'on ne connaît pas *a priori* le niveau plancher de FDR de sécurité, de sorte que les ARS sont bien en peine de dire, à la seule vue de la variation du FDR et de son montant, si le niveau est critique.
- [412] L'outil développé par l'ARS Rhône-Alpes modélisant le cycle d'exploitation d'un établissement permet, comme expliqué *supra*, de définir ce niveau de FDR de sécurité. Il a ainsi permis à l'ARS Rhône-Alpes de découvrir que certains établissements importants étaient en-deçà du niveau de FDR de sécurité et finançaient précisément de l'investissement et du fonctionnement par des lignes de trésorerie. Une partie des problèmes de trésorerie connus fin 2012 trouvaient leurs causes dans un prélèvement non maîtrisé sur le FDR.
- [413] Les établissements peuvent donc avoir recours à un prélèvement sur le FDR, mais en veillant à ce que ce prélèvement ne soit que transitoire et ne remette pas en cause la couverture du BFR et ses éventuelles variations. Il appartient également aux ARS, *via* le cas échéant un refus d'approbation du PGFP, de veiller à ce que tel soit en effet le cas.
- [414] Entre 2002 et 2012, *cf. supra* au 1.2., l'investissement n'a pas eu massivement recours au prélèvement sur le FDR. Néanmoins, la contrainte pesant sur l'ONDAM et la stabilisation de l'encours par les banques rendent la situation difficile, et il importe de ne pas fragiliser les établissements par un prélèvement récurrent sur le FDR alors qu'ils sont déjà endettés. Il devient donc urgent de développer la connaissance des FDR de sécurité et de dégager de l'autofinancement sur le cycle d'exploitation *via* la marge brute.
- [415] Une vigilance accrue doit être accordée sur les EPRD et les PGFP présentant des prélèvements au FDR. La notion de FDR de sécurité doit être rapidement appliquée à tous les établissements pour réagir au plus tôt aux cas où le FDR est en-deçà.

⁷² Le fonds de roulement est égal à la différence entre les ressources stables et les emplois stables.

3.3.3.2 La valorisation du patrimoine non affecté ou désaffecté

- [416] La valorisation ou la cession du patrimoine hospitalier est une manière pour l'établissement de contribuer à l'autofinancement des opérations d'investissement portant sur les bâtiments d'hospitalisation.
- [417] Deux catégories de patrimoine sont visées : le patrimoine hospitalier non affecté aux soins, d'une part, et, d'autre part, les bâtiments libérés par des opérations de transfert ou de regroupements de sites.
- [418] S'agissant des patrimoines privés (dotation non affectée), des hôpitaux comme les hospices civils de Lyon (dont le patrimoine privé est évalué à 600M€) ou l'AP-HP possèdent un grand nombre d'immeubles d'habitation ou de rapport. Ces immeubles peuvent accueillir des logements pour des personnels de direction logés par raison impérative de fonction ou des personnels infirmiers confrontés à la grande cherté du marché locatif, en région parisienne par exemple, et souvent contraints à l'éloignement. La Cour des comptes dans le rapport public de 2012 constate que le lien entre des raisons légales ou légitimes à l'origine a pu parfois se détendre quelque peu. Des locataires restent en place dans des conditions favorables alors qu'ils ont cessé d'avoir des liens professionnels avec l'établissement ou même les loyers pouvant demeurer modestes par rapport aux références du marché, alors que le niveau de revenu de certains des locataires ne justifiait pas le maintien d'un niveau de loyer aussi. Les hôpitaux ont le plus généralement entrepris des actions de remise à niveau progressive. Mais dans d'autres cas, les établissements ont procédé à des cessions d'immeubles en commençant par ceux d'entre eux qui étaient le plus éloignés de leur propre activité. La vente d'immeubles est un métier qui affronte les difficultés juridiques, les fluctuations du marché et éventuellement, la nécessité de remettre en état pour pouvoir revendre. Seuls les plus gros établissements hospitaliers sont capables de réunir des équipes suffisamment étoffées regroupant les différentes compétences requises. Les autres établissements doivent se faire aider lorsqu'ils se trouvent confrontés à ces situations.
- [419] Lorsque la valorisation du patrimoine concerne les bâtiments professionnels, la question est plus complexe. Les bâtiments hospitaliers ne sont pas aisément reconvertibles en immeubles administratifs hôteliers ou industriels. Leur emplacement peut ne pas être recherché. Néanmoins, quelques opérations ont pu être réussies au point d'apporter une vraie contribution au financement de la construction d'hôpitaux. Tel est le cas de la vente des anciens hôpitaux Laënnec et Boucicaut et Broussais (227,4M€ de recettes de cession à mettre en regard d'un investissement de 285M€), il est vrai admirablement placés, qui a pu contribuer de manière significative au financement de la construction de l'hôpital Georges Pompidou. Cependant, cette bonne fortune n'est pas toujours ouverte aux établissements. L'estimation des prix de cession est souvent trompeuse et on observe des ventes à des prix soit très supérieurs soit très inférieurs à l'évaluation initialement faite. Les immeubles vendus peuvent avoir été insuffisamment amortis et leur cession peut de ce fait engendrer une perte comptable même si elle se traduit par une rentrée d'argent qui aurait pu ne jamais avoir eu lieu. Dans un certain nombre de cas, l'équilibre financier de l'opération peut être problématique, en raison de la difficulté de la vente elle-même, mais aussi du fait que les fonds résultant de la vente ne rentreront que bien après la construction du nouvel hôpital, et surtout des obligations de désamiantage qui pèsent sur le propriétaire cédant.
- [420] L'ANAP a soutenu un petit nombre d'opérations de cessions soit directement soit en ayant recours à des consultants.
- [421] Un outil d'observation du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé, législation, indicateurs, environnement (OPHELIE) est en cours d'élaboration dans deux ARS.

3.3.4 Politique d'amortissement

[422] La politique d'amortissement, si elle est dynamique et si la situation de l'établissement le permet, peut permettre de dégager de la CAF et d'ainsi préparer sa capacité future d'investir. À l'inverse, une politique d'amortissement frileuse, avec des durées d'amortissement longues, trouve sa motivation dans une préférence pour le résultat court terme de l'établissement, mais ampute sa capacité future d'abonder la CAF.

L'amortissement des immobilisations

L'amortissement est défini comme la constatation comptable de la dépréciation réelle et irréversible de la valeur d'un actif ou d'un élément d'actif. Comme le rappelle l'instruction M21⁷³, en pratique l'amortissement consiste « à étaler, sur une durée probable de vie, la valeur des biens, suivant un plan d'amortissement préétabli ».

Diverses pratiques d'amortissement ont été rencontrées dans les plans d'amortissement :

La pratique usuelle, la plus simple, est la méthode d'amortissement dite linéaire, qui présente des annuités constantes. C'est celle, aux yeux de la mission, qui devrait être appliquée par défaut, comme le précise l'instruction M21 : « L'amortissement est en principe linéaire. Toutefois en cas de besoin, l'ordonnateur peut pratiquer d'autres méthodes d'amortissement ».

Les méthodes d'amortissement dégressif⁷⁴, qui génère des annuités dégressives, permet d'alléger à terme les perspectives et la CAF des dernières années d'amortissement, mais peut générer les premières années, où les annuités sont plus élevées que dans la méthode d'amortissement linéaire, une situation financière délicate. Le cas échéant, il convient donc de bien anticiper l'impact sur les tableaux financiers avant d'arrêter un tel plan d'amortissement.

En revanche, la pratique d'amortissement croissant, où l'annuité d'amortissement est de plus en plus élevée, ne paraît pas de bonne gestion, même si en théorie elle est plus proche de la constatation de la dépréciation des biens (sa dépréciation se fait de plus en plus vite à mesure que le bien vieillit). En effet, le risque est grand de recourir à ce genre de plan d'amortissement par préférence pour le résultat net de court terme au détriment du résultat net de long terme, dont la gestion potentiellement difficile peut éventuellement revenir aux équipes succédant à celle à l'origine de la décision. Il semble donc fort peu recommandé aux yeux de la mission de recourir à cette méthode d'amortissement.

Enfin, la méthode d'amortissement par composant⁷⁵, préconisé par la norme IAS 16, consiste à décomposer l'actif en différents éléments dont l'amortissement est fixé séparément, et isole notamment le gros entretien. Plus complexe mais plus proche de la dépréciation réelle de l'actif, cette méthode semble neutre en termes de risque, dès lors que sa complexité est maîtrisée par les équipes financières des établissements.

S'agissant de la durée, si des durées fantaisistes et irréalistes ont été mentionnées, c'est une pratique qui semble désormais révolue. L'instruction M21 mentionne, à titre indicatif, des taux de dépréciation correspondant à des durées d'amortissement sensées.

⁷³ Instruction codificatrice n°07-005-M21 du 17 janvier 2007

⁷⁴ Amortissement dégressif à taux constant appliqué à la valeur résiduel du bien ou amortissement dégressif à taux décroissant appliqué à la valeur du bien, cf. instruction M21.

⁷⁵ Cf. notamment : L'Amortissement par composants, Pierre SCHEVIN, R.F.C. n°375, mars 2005.

Par ailleurs, les établissements pratiquent parfois un amortissement dynamique, avec des durées d'amortissement courtes, éventuellement avec un amortissement dégressif, avec l'idée qu'un investissement n'est jamais intégralement récupéré auprès des financeurs, ce qui permet de « perdre moins » en mettant des durées d'amortissement plus courtes. À l'inverse, une politique d'amortissement frileuse peut être considérée comme un report de charges et tend à entraîner l'établissement dans une raréfaction de l'autofinancement.

En conclusion, si la méthode d'amortissement croissant semble à proscrire, la politique d'amortissement d'un établissement semble dépendre avant tout du niveau de compétence des équipes financières des établissements.

3.4 L'aide à l'investissement doit être du sur-mesure conditionné à l'atteinte d'objectifs de marge brute pour garantir la capacité future d'investir

3.4.1 Les subventions peuvent être nécessaires pour un investissement immobilier lourd

[423] Par rapport à un taux de marge brute non aidée d'environ 7 %, qui correspond à la moyenne des taux de marge brute non aidée, une fois la déduction faite des 3 % d'investissements courants incompressibles, il reste environ 4 % pour le service de la dette sans recourir à des aides financières, couvrant le reste des investissements passés et à venir. Or, un endettement de 4 à 5 % permet de financer sur 20 ans un emprunt un capital d'environ 0,7 fois le produit d'exploitation, cf. tableau ci-dessous.

Tableau 20 : Capital pouvant être emprunté en fonction du taux d'intérêt, de la durée et de la part des produits d'exploitation allant au remboursement

Capital (en % des produits d'exploitation annuels)	Durée d'emprunt		
	20 ans	25 ans	30 ans
Si 4% des produits d'exploitation va au remboursement			
Taux d'intérêt à 4%	54%	62%	69%
Taux d'intérêt à 5%	50%	56%	61%
Si 5% des produits d'exploitation va au remboursement			
Taux d'intérêt à 4%	68%	78%	86%
Taux d'intérêt à 5%	62%	70%	77%

Source : IGAS

[424] Par ailleurs, s'il s'agit d'une construction neuve, on sait que son coût est d'environ 1,4 année de produits d'exploitation⁷⁶. Cela signifie qu'en cas de reconstruction totale, l'établissement n'est pas en capacité de financer 1,4 année d'exploitation, il ne pourra guère financer qu'environ 0,7 année d'exploitation par le recours à l'emprunt, le reliquat après autofinancement devant nécessairement venir de subvention.

⁷⁶ La mission, faute de reconstruction complète dans le secteur public, n'a pu obtenir d'élément permettant d'étayer cette « loi » issue de l'observation. En revanche, les chaînes de cliniques privées ont pu nous fournir des exemples de coefficient à 1,5 (TVA notamment, bien que partiellement compensé par des prix à la construction bas).

3.4.2 Subvention *vs.* aide en base budgétaire : l'endettement est-il encore possible ?

3.4.2.1 L'aide en capital sur un nombre limité d'opérations restructurantes reste idéale pour préserver la santé financière des établissements

- [425] L'idéal, s'il n'y avait pas de contrainte financière par l'ONDAM, serait évidemment d'aider les établissements par des aides en capital : ils évitent ainsi de s'endetter et préservent leur capacité future d'investir. Cela nécessite toutefois de concentrer le montant total de l'aide en capital sur une courte période, et donc sur un nombre restreint d'opérations.
- [426] De son côté, le recours aux aides à l'emprunt, par le truchement des AC, permet d'étaler sur une plus longue période la charge financière nationale de l'investissement pesant sur l'ONDAM en multipliant le nombre d'opérations pouvant être ainsi aidées. Pour déterminer le capital pouvant être emprunté avec les AC, la DGOS applique un coefficient de 12,054, correspondant à un prêt de 15 ans, amortissable sur 20 ans, au taux de 5,5 %⁷⁷. Si cette opération, en admettant que les AC couvrent exactement les intérêts, est théoriquement neutre pour l'établissement, elle rend gratuit le recours à l'emprunt, cela impacte tout de même la capacité future de l'établissement à investir puisque son endettement a ainsi augmenté, même si la CAF n'est pas grevée du service de la dette.
- [427] Une fois le montant de l'ONDAM allant aux aides financières arrêté, la répartition dudit montant entre AC et aide en capital est donc essentiellement un arbitrage entre qualité du financement apporté et montant total d'investissement aidé.
- [428] Ainsi, lors du plan H2007, la doctrine initiale était un montant aidé de 100 %, puis 50 % puis finalement 35 % du coût total, avec 70 % des crédits ONDAM en AC et 30 % en FMESPP. L'objectif recherché était bien de pouvoir lever un montant total d'investissement le plus grand possible. Pour H2012 première tranche, la doctrine a été d'augmenter le montant aidé à 50 % du coût total.
- [429] Pour les aides à l'investissement à venir, le ministère de la Santé semble avoir retenu les hypothèses de travail suivantes : montant total aidé à 50 % du coût total, avec 70 % des crédits ONDAM en FMESPP et 30 % en AC. Au demeurant, l'endettement élevé des établissements suite à H2007 et H2012 ne laisse guère le choix que de financer au maximum par des aides en capital.
- [430] La modulation de l'aide sous forme d'aide à la contractualisation (AC) ou de subvention relève du cousu-main et une règle univoque (AC sur 20 ans par exemple) n'est en évidence pas efficace. Il appartient aux ARS de réaliser cette analyse et elles sont les mieux à même de gérer la masse financière mise à leur disposition dans le cadre de l'ONDAM. Ainsi, par exemple, il peut être intéressant, pour un établissement en cours de redressement mais dont la marge brute n'est pas encore suffisante pour investir, d'attribuer des AC pour reconstituer une CAF suffisante avant une opération d'investissement. Par ailleurs, un établissement très endetté aura besoin d'un maximum d'aide en capital.
- [431] Enfin, il faut éviter de saupoudrer les aides sur un trop grand nombre d'opération. La Cour des comptes rappelait ainsi, dans son bilan du plan H2007⁷⁸, dont l'esprit est repris dans la circulaire de lancement d'H2012⁷⁹ : « *les régions dont les établissements sont à l'équilibre ont fait le choix de concentrer les crédits disponibles dans le cadre du plan sur un nombre restreint d'opérations restructurantes* ».

⁷⁷ Cf. RALFSS 2009, chapitre VI. P.149

⁷⁸ *Ibid. Cit.*, p.147

⁷⁹ Circulaire N°DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan H2012

3.4.2.2 Le versement des AC doit être conditionné à l'atteinte d'objectifs de gestion ambitieux

[432] La marge régionale de l'ARS Rhône-Alpes, d'environ 120 M€ est constituée pour moitié des AC reductibles répondant aux décisions nationales, et pour moitié de AC non reductibles à la main de l'ARS.

[433] L'ARS Rhône-Alpes limite ses AC reductibles aux seules décisions nationales et ne prend désormais en charge que la part du remboursement de la dette supérieure à 5 % des produits d'exploitation et à condition que les objectifs de marge brute fixés dans le CPOM (de l'ordre de 8 %) soient atteints. Cette nouvelle modalité d'allocation a permis d'introduire pour les établissements une gestion plus responsabilisante - changement notoire de la perception de l'aide qui n'est plus un dû – et également de libérer une marge de manœuvre pour d'autres opérations.

[434] La part régionale des AC, non reductible, est concentrée sur l'aide à l'investissement et la trésorerie, et conditionnée systématiquement à un avenant CPOM avec objectifs de gestion (marge brute, BFR, *etc.*). L'ARS Rhône-Alpes s'efforce de ne pas engager ces AC à long terme, mais de faire tourner ces financements malgré la pression très forte de certains établissements notamment des CHU demandant des quasi-rentes.

[435] À titre illustratif, la mission a simulé une mesure du type : la première année conditionner le versement des AC investissements et déficits à l'atteinte d'un objectif de taux de marge brute non aidée fixé comme suit :

- si le taux de marge brute non aidée est inférieur à 4 %, alors l'objectif est de 5 % ;
- si le taux de marge brute non aidée est entre 4 % et 7 %, alors l'objectif est de l'améliorer de 1 % ;
- si le taux de marge brute non aidée est entre 7 % et 8 %, alors l'objectif est de 8 % ;
- si le taux de marge brute non aidée est de 8 %, l'objectif est de maintenir au-delà de 8 %.

[436] Une telle mesure conditionne, avec le volume des AC investissement et déficits de 2011, 1,5Md€ d'aide à l'atteinte d'objectif d'une meilleure marge brute non aidée.

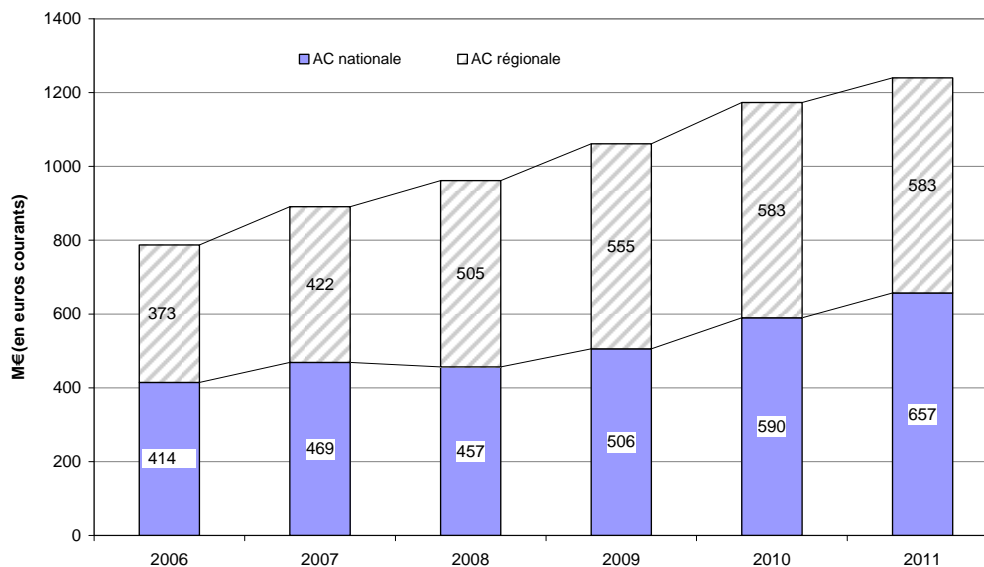
[437] Si les établissements parviennent à atteindre leur objectif, cela représente 1,0Md€ d'autofinancement libéré par la marge brute non aidée, dont 920M€ sur les seuls établissements touchant des AC investissements ou déficits.

Recommandation n°13 : Conditionner le versement des aides financières à l'atteinte d'objectifs de gestion ambitieux (marge brute non aidée, BFR, désendettement, *etc.*) (ARS, établissements, circulaire DGOS)

3.4.2.3 En termes de levier d'organisation de l'offre de soins, la part des marges régionales dans les AC investissement devrait être accrue

[438] La part de la marge régionale dans les AC investissements est chaque année d'environ 50 %. Néanmoins, ces AC constituent le seul levier réel d'organisation de l'offre de soins et de gestion dans les établissements de santé. C'est donc un élément crucial de politique de l'offre de soins. Au demeurant l'ARS est la mieux à même de connaître la situation financière des établissements et de décider l'aide la plus adaptée en fonction de sa marge régionale.

Graphique 20 : AC investissements nationales et régionales



Source : D'après ATIH, 2006-2011, tous établissements de santé, publics et privés

[439] Il convient de noter que le FIR, introduit par la LFSS 2012 et dont l'objectif affiché était de redonner des marges de manœuvre aux ARS en fusionnant un certain nombre d'enveloppes, est neutre pour l'investissement puisque ni les AC ni les crédits FMESPP informatique et investissement ne sont, à ce stade, inclus dans le FIR.

3.4.3 Faut-il empêcher les établissements déficitaires d'investir ?

[440] Faut-il empêcher des établissements de se restructurer au motif qu'ils n'ont plus la latitude financière de payer leur investissement, ni par autofinancement ni par recours à l'endettement ?

[441] En effet, si un investissement peu opportun en termes de *business plan* peut couler un établissement, même bien portant initialement, faute d'avoir bien anticipé l'impact en exploitation, certains exemples montrent qu'un investissement est parfois nécessaire pour sortir un établissement d'une situation structurellement mauvaise, comme ce peut être le cas pour un établissement multisite impliquant de lourdes charges de structures.

[442] Toutefois, pour réussir, un tel investissement nécessite :

- de mener une réorganisation interne du travail ;
- de permettre une recombinaison plus efficace de l'offre de l'établissement (regroupement de plateaux techniques, *etc.*) susceptibles d'alléger les charges d'exploitation et de structure ;
- de maintenir l'établissement dans une trajectoire d'amélioration de sa marge brute et de désendettement, simultanément au projet d'investissement et aux charges supplémentaires qu'il implique, ce qui suppose de disposer d'une solide équipe de direction.

[443] Il convient de rappeler que la gestion d'un établissement, si elle dépend de sa situation financière et notamment de son endettement, repose en grande partie sur la bonne tenue de ses effectifs et de sa masse salariale et sur sa bonne organisation interne (taux d'occupation des blocs, des équipements, DMS, *etc.*) (*cf. supra* 3.3.1.4.).

Comment investir pour un établissement déficitaire ?

Le CHU de Grenoble est l'hôpital de référence du sillon alpin, territoire n°5 du SROS ; il dessert 2 millions d'habitants, dont 450 000 sur le bassin de Grenoble. Le CHU repose sur 2 sites, le site principal de La Tronche, au nord de la ville concentre 80 % de l'activité. Le CHU dispose de 1940 lits en hospitalisation complète et 212 places.

La situation financière du CHU de Grenoble est préoccupante : en 2011, pour un budget de 596 M€, la dette était de 411 M€ et le déficit d'environ 14 M€. Actuellement suivis sous CREF par l'ARS, les objectifs portent sur la réduction du déficit de 8,2 millions en 2012, à 5,5 en 2013 et à un retour à l'équilibre en 2015.

Lorsque le CHU décide fin 1999 de lancer un programme de reconstruction d'un hôpital neuf couple - enfant (indispensable compte tenu de la vétusté de bâtiments datant du début du siècle dernier) la situation financière est déjà préoccupante avec une dette cumulée de 120 M€. Le coût initial est estimé en phase pro-DCE à 47 M€HT, le coût final est de 100 M€ pour un bâtiment aux capacités accrues par rapport au projet initial et aux surfaces confortables (ratio SDO/SU à 1,70) ; le plan de financement a reposé sur une aide en AC sur 20 ans de 4,7 M€ via H2007 et un emprunt de 100 M€.

Trois autres opérations lourdes, bien que de moindre importance au regard de la précédente, ont été conduites ces dix dernières années : l'institut biologie et pathologie (environ 52 M€TDC en coût final) ; un Institut de rééducation sur le site de l'hôpital Sud (35,6 M€) financés également en partie par emprunt et enfin la première tranche de mise en conformité incendie de la tour (R+15) historique Michallon du site Nord (72 M€).

Au total, le CHU a engagé plus de 287 M€ de projets immobiliers entre 2005 et 2011 financés principalement par l'endettement.

Alors que sa situation financière est aujourd'hui très tendue, le CHU doit impérativement compléter la mise aux normes et poursuivre la modernisation de son immeuble de grande hauteur Michallon, notamment de son plateau technique ; l'ensemble représente 252 M€ sur les 318,5 M€ d'investissements projetés pour 2012-2018. Mais le recours à l'endettement lui est aujourd'hui fermé et il ne pourra pas dégager de marge avant son retour à l'équilibre dans le meilleur des cas en 2015.

3.4.4 Faut-il refuser d'aider les hôpitaux bien gérés ?

[444] La mission a rencontré des établissements en mesure d'autofinancer l'intégralité de projets et sollicitant néanmoins une aide financière auprès de l'ARS.

[445] Certes, les aides à l'investissement sont très limitées, mais il ne paraît pas non plus de bonne gestion de ne pas aider les investissements des bons établissements maîtrisant leur marge brute : ces aides constituent une incitation budgétaire récompensant les établissements bons gestionnaires et bons investisseurs et faire le contraire introduirait à l'inverse un aléa moral.

Aider un établissement bénéficiaire ? Exemple du CHU de Poitiers

Le CHU de Poitiers est un établissement de 1521 lits et places dont 1239 en court séjour. Les projets d'investissements structurant se sont inscrits dans un schéma de concentration de l'activité de court séjour sur le site de la Milétrie, siège d'un immeuble de grande hauteur construit dans les années 1970 pour abriter l'activité MCO du CHU. Trois constructions majeures ont été réalisées sur la période, et positionnées en satellite de la tour principale : un satellite bloc/salle de réveil et néphrologie, un satellite urgences et biologie et enfin un pôle régional de cancérologie. Un projet d'un quatrième et dernier satellite est en cours qui concerne l'activité neuro-cardio-vasculaire et devrait achever en 2015, le cycle de restructuration des constructions lourdes amorcé voici 20 ans.

Le CHU est l'un des rares CHU n'ayant pas été déficitaire ces 15 dernières années. Son compte de résultat principal est de 440 M€ en 2011 et il a investi en moyenne 35 à 40 M€/an sur la période 1995-2012.

La stratégie constante de l'établissement a été d'augmenter sa capacité d'autofinancement pour réduire au maximum les emprunts. Il n'y a accord sur le lancement d'un projet que parce qu'il y a capacité à tenir dans l'enveloppe initialement fixée et une espérance de gains d'efficacité liée à une meilleure organisation.

Cette stratégie s'est globalement réalisée. La CAF a doublé en 10 ans passant de 30 à 60 M€. Le taux de marge brute a crû de 10,4 % en 2006 à 13 % en 2011. Toutes les opérations ont été montées avec un part d'emprunt qui *in fine* n'a pas eu à être mobilisée et, de fait il n'y a eu aucun nouvel emprunt depuis 1999, hormis un emprunt obligataire en 2009. Le CHU a 6,9 M€ de dette fin 2012 dont les 5 M€ d'emprunts obligataires.

Le CHU a bénéficié depuis 2000 de deux aides pour ses opérations majeures : une subvention FIHMO de 4,299 M€ sur les 40 M€ du pôle urgences-biologie médicale ; avec H 2007 une aide en 2005 de 7,26 M€ sur 10,389 M€ prévus, pour le pôle cancérologie d'un coût total de 50 M€ ; sur H 2012 le CHU a reçu 1,78 M€ pour un projet PACS, mais sa demande principale pour le projet neuro-cardio-vasculaire (environ 10-15 % des 60 M€ travaux et 15 M€ équipements) est restée sans réponse. Le CHU réalisera l'opération avec ou sans cette aide compte tenu de sa bonne situation financière.

L'intérêt principal des aides reçues est la reconstitution plus rapide de la CAF qui a permis de conduire trois restructurations majeures pour un montant d'environ 200 M€ sur la période, au rythme soutenu d'une opération tous les cinq ans en relation avec chaque nouveau projet d'établissement.

3.5 Cliniques privées : quelles spécificités du financement de l'investissement ?

3.5.1 L'émergence des groupes est accompagnée par l'intervention des fonds d'investissement

3.5.1.1 L'émergence et le développement accéléré des groupes

[446] Un récent rapport de l'IGAS a rendu compte de l'émergence et du développement des groupes d'hospitalisation privée⁸⁰. On reprend ici largement cette analyse qui fait l'objet d'un développement en annexe 11.

[447] La notion de groupe renvoie à une prise de contrôle par une structure centrale (généralement un holding) qui laisse persister l'existence juridique des sociétés qu'il contrôle. Le maintien de la personnalité morale des cliniques contrôlées permet de maintenir un centre de responsabilité locale, capable de gérer les événements locaux et d'identifier les conditions de l'équilibre financier propres à chaque composante du groupe, d'en faciliter au besoin la cession ultérieure, et le cas échéant de cantonner au moins transitoirement, un certain nombre de pratiques propres à chaque établissement. Dans certains cas, la structure centrale gère deux lignes de contrôle, l'une sur les sociétés d'exploitation qui réalisent l'activité de soins, l'autre sur les sociétés civiles qui détiennent les murs de la clinique.

[448] L'avantage attendu par les médecins de l'entrée de leur clinique dans un groupe, au-delà de la valorisation avantageuse de leurs parts, réside dans l'espoir de pouvoir plus facilement financer les investissements nécessaires à la consolidation et au développement de l'outil de travail, au soutien d'équipes professionnelles spécialisées (juristes, spécialistes des *process*), à la mutualisation des achats, au fait de faire assumer les décisions majeures de gestion par des gestionnaires dédiés. Elle est facilitée par les départs à la retraite, par le souhait de pouvoir renégocier parts ou actions au mieux à l'occasion des offres faites par des repreneurs désireux d'accroître leur flotte d'établissements.

[449] On observe donc depuis la fin des années 80 un mouvement massif et encore inachevé de concentration.

[450] Les groupes à vocation nationale rassemblent environ 22 % des cliniques privées et 31 % des lits et places du secteur.

[451] Il existe, par ailleurs, une vingtaine de groupes régionaux ou locaux qui aspirent à grandir, tels que Vivalto (en Bretagne), Kapa santé qui s'est développé à partir des départements armoricains, OC Santé, et Médipôle Sud Santé.

3.5.1.2 Le développement des grands groupes est accompagné au moins à un moment de leur existence par les fonds d'investissement

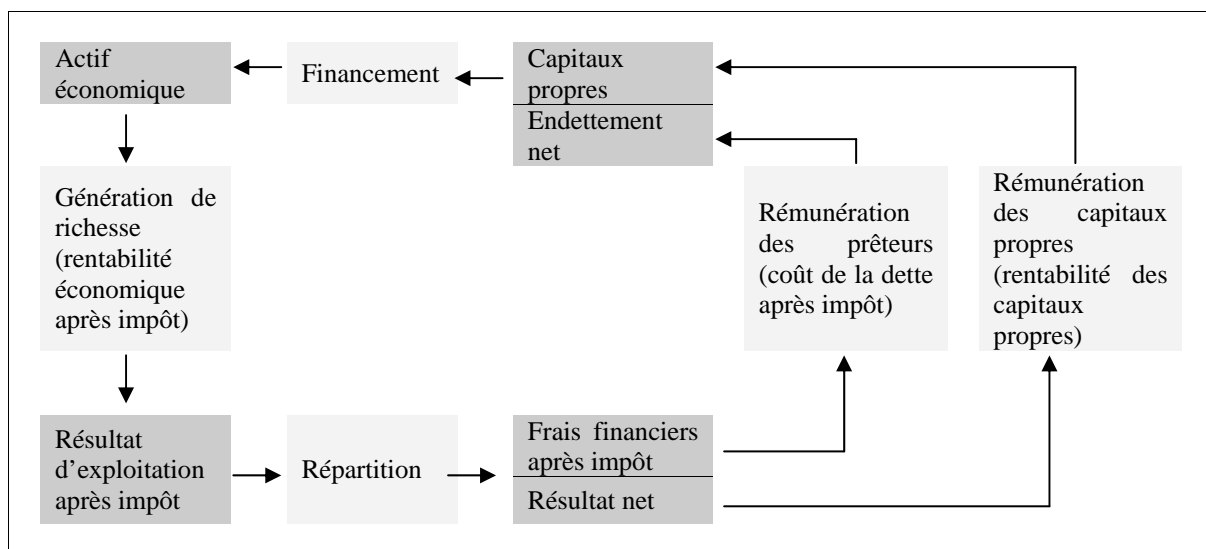
[452] Le montage en LBO est la forme la plus couramment utilisée par les fonds d'investissement intervenant dans le secteur de l'hospitalisation privée. Il se caractérise par la constitution d'une société holding qui s'endette pour acquérir une ou des sociétés cibles. La holding endettée fera remonter les excédents de trésorerie de la société achetée afin de rembourser le principal de sa propre dette. Elle perçoit en effet des dividendes sur la détermination desquels, en tant qu'actionnaire principal, elle peut peser.

⁸⁰ Rapport IGAS M2012-047 Les cliniques privées : situation, rôle et régulation.

[453] En contractant le montant des capitaux propres de l'ensemble consolidé, et en accroissant l'endettement dans la structure financière de l'ensemble, le LBO obtient une rentabilité financière des capitaux investis qui peut être supérieure à la rentabilité économique de l'actif de l'entreprise, tant que celle-ci est supérieure au coût de la dette : c'est l'effet levier.

[454] **L'effet levier est la différence entre la rentabilité des capitaux propres et la rentabilité économique dans un schéma d'endettement.**

Schéma 6 : LBO



Source : IGAS d'après Pierre VERNIMMEN Finance d'entreprise 2012 chapitre 14

[455] En principe, le fonds d'investissement cherche à se dégager au bout d'un temps de présence de quelques années (5 ans ou 6 ans). La sortie se fait, en recherchant une plus-value de cession, par revente à d'autres actionnaires possibles, éventuellement d'autres fonds d'investissement intervenant également en LBO, ou des investisseurs institutionnels, ou encore par introduction en bourse. Générale de santé est aujourd'hui le seul groupe d'hospitalisation privée coté en bourse : cette option est rare dans un secteur de petites et moyennes entreprises alors que le recours au montage en LBO peut être pour les entreprises d'une taille intermédiaire un moyen d'éviter l'entrée en bourse et l'exposition aux jugements d'un marché imparfait.

[456] La cession peut aussi être opérée au profit d'un autre groupe du même secteur, mais les fonds d'investissement n'ont pas joué, dans le domaine de l'hospitalisation privée, le rôle de marieurs de groupe même lorsqu'ils étaient simultanément présents au capital de deux d'entre eux. Enfin, la société holding peut décider de se réendetter ou de se pourvoir auprès de nouveaux détenteurs de dette, si elle n'a pu trouver preneur du capital à l'issue de la première période d'endettement, ce qui s'est produit dans le cas du fonds Blackstone au capital de Vitalia.

[457] Dans les montages LBO, les acquéreurs en capitaux propres doivent être accompagnés par des acheteurs de dette. Ils provoquent le plus souvent à cet effet la constitution d'un pool de banques. La dette est hiérarchisée entre une dette sénior (dette classique bénéficiant de garanties spécifiques et remboursée en priorité) et une dette subordonnée, ou dette junior. La dette senior, dont le montant représente habituellement de 3 à 5 fois l'excédent brut d'exploitation de la société achetée, se compose de plusieurs tranches :

- une tranche A remboursée linéairement en 6/7 ans ;
- des tranches B et C ou seulement B de 7/8ans ou 8/9ans remboursables *in fine*.

- [458] Les coûts de la dette senior qui étaient de 200 à 300 points de base au-dessus de l'Euribor jusqu'à 2007 a pu augmenter jusqu'à 500 points au-dessus de l'Euribor à la suite de la crise des *subprimes*. Ce taux pourrait baisser avec la reprise des LBO, qui s'est produite à partir de 2012.
- [459] La dette subordonnée peut prendre la forme d'une dette obligataire à haut rendement (*high yield*) généralement cotée ou plus souvent de dette à bons de souscription (dette mezzanine) non cotée faire participer à l'objectif de rentabilisation de l'actif.
- [460] Les gestionnaires des fonds insistent sur le fait que l'amélioration de la rentabilité des groupes proviendrait plus de la pénétration d'une mentalité de management, liée à une pression accrue d'un actionariat endetté que d'une mécanique financière.
- [461] Le point crucial demeure toutefois que la négociation au moment de l'entrée du fonds d'investissement au capital de la société doit clairement faire apparaître que celle-ci pourra conserver une capacité d'investir en investissement physique ou en croissance externe selon le cas.. Un équilibre est donc à trouver entre le développement du moyen terme et ce qu'un dirigeant de LBO a lui-même qualifié de « tyrannie du cash », de préférence pour l'argent frais.

3.5.2 La progression des groupes dans le secteur de l'hospitalisation privée est désormais inéluctable

3.5.2.1 Arbitrages entre la croissance externe et la propriété des murs

- [462] Tandis que le groupe leader, la Générale de santé arrive à un moment de sa croissance qui ou bien est une phase de maturité ou bien un point d'inflexion, les groupes tels que Védici et Médi-Partenaires n'ont pas interrompu ou le moins possible le *trend* de leurs acquisitions, conscient de la nécessité pour eux d'augmenter la taille de leur flotte d'établissements afin de faire progresser leur valeur suffisamment. Ce choix de la croissance externe n'est pas sans conséquence pour le choix des investissements. À tout moment dans un groupe, une perspective de croissance externe doit être arbitrée contre, bien sûr, des possibilités de remontée de trésorerie mais aussi d'investissements physiques. C'est ce besoin qui explique aussi en grande partie le très large recours à l'externalisation de l'immobilier, soit une forme de désinvestissement, de réduction de l'actif corporel au profit d'une extension de la capacité de production de soins du groupe, un pari qui n'est réussi que si l'activité future des établissements acquis est plus rentable que l'immobilier cédé des établissements déjà présents dans le groupe. Ce point est évidemment critique, quand à la rentabilité à long terme des cliniques et à la viabilité du modèle économique des groupes d'hospitalisation privée.

3.5.2.2 Différentiation dans les stratégies de développement et perspectives de maturité

- [463] Bien entendu, le développement des groupes prend des formes différentes. Un groupe tel que Générale de Santé qui est présent de manière très concentrée dans des grosses agglomérations ou conurbations peut plus facilement que d'autres procéder à une recomposition de sa propre offre de soins. Cette possibilité tend à disparaître lorsque le groupe a préférentiellement acquis des établissements dans des villes moyennes éloignées les unes des autres. Ainsi n'y a-t-il pas correspondance entre la recomposition du capital social des établissements de santé et la recomposition territoriale de l'offre de soins.

- [464] La question du développement des groupes ne manquera pas de se poser à nouveau dans quelques années. Plus la proportion des groupes croîtra dans le secteur de l'hospitalisation privée, plus le taux de croissance de chaque groupe aura tendance à se confondre avec celui du secteur, sauf internationalisation ou européanisation du champ géographique de production. Cet état de fait ne manquera pas de retentir sur les modes de financement qui devront s'accommoder d'augmentation modérée de la valeur et donc de coûts de financement correspondants.

3.5.3 La nécessité de continuer de mettre à niveau l'outil de production

3.5.3.1 Un moindre coût à la construction des cliniques privées

- [465] La pression financière plus immédiatement ressentie par les cliniques que par les hôpitaux, a conduit celles-ci à être plus stricte sur les conditions de réalisation de leurs opérations d'investissement. Les données de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière font apparaître que les cliniques construisent à coût moindre que les établissements publics.
- [466] Ainsi le coût médian du m² de surface utile (hors VRD), dans un échantillon d'opérations recensées⁸¹ jusqu'au 31 décembre 2010, pour des opérations de construction neuve d'opérations MCO, était de 2448,42 € pour des établissements privés, contre 3257,2 € pour les opérations publiques en loi MOP, et 2879,64 € en conception-réalisation dans les hôpitaux. La proportion de surface utile (SU) dans la surface dans œuvre (SDO) est plus élevée dans les cliniques (sauf conception-réalisation).

3.5.3.2 L'investissement physique existe dans les cliniques privées, même s'il est moins fréquent et moins massif que dans les hôpitaux

- [467] La mission a pu observer que les cliniques privées ne négligeaient pas les opportunités d'investissement physique. Parmi, les établissements qu'elle a visités, c'était le cas de la polyclinique de Poitiers postérieurement à un premier regroupement. En Aix, la mission a rencontré les dirigeants de la polyclinique Rambot qui avaient également procédé à un premier regroupement et procédait à une construction retardée par des recours de voisinage. Enfin, si les projets de regroupement de la clinique du Tonkin n'ont pu voir le jour, le groupe Capiro n'a pas renoncé à reconstruire la clinique sur un autre site de Villeurbanne.

Clinique du Tonkin

Le 12 juillet 2012, la clinique du Tonkin, appartenant au groupe CAPIO et quatre cliniques appartenant à la mutualité du Rhône ont présenté à l'ARS de Rhône – Alpes, un projet répondant au cahier des charges d'un appel d'offre de l'ARS tendant à une recombinaison de l'offre sanitaire de l'agglomération lyonnaise, et comportant la possibilité d'une aide en capital pouvant aller de 15 à 25 % du montant du projet d'investissement estimé lors du dépôt du projet.

Deux projets de reconstruction, initialement envisagés séparément n'avaient pas reçu l'accord de l'ARS. Le projet conjointement présenté prévoyait un regroupement sur site unique et une nouvelle répartition des activités de soins, se traduisant notamment par la suppression de 150 lits sur les 850 lits et places existantes.

Le projet présenté permettait d'assurer la rentabilité des différentes activités des établissements concernés. Il postulait un fort développement de l'ambulatoire, une baisse de la durée moyenne de

⁸¹ ANAP observatoire des coûts de la construction hospitalière juin 2011

séjour, une réorganisation des services actuellement dans les étages, à ressources humaines identiques (sauf augmentation du nombre de chirurgiens). En chirurgie, les promoteurs du projet visaient une augmentation du nombre de patients ambulatoire de 8500 à 19200 de 2011 à 2018 et une progression modérée du nombre de patients hospitalisés de 13600 à 1500 aux mêmes dates. Les gains de productivité résultaient du passage en ambulatoire, de l'amélioration de la réduction en ambulatoire et d'une réduction de 17 % de la DMS de l'établissement.

La mission a pu constater lors de sa visite de la clinique du Tonkin, l'exigüité des locaux, en particulier ceux de la réanimation et des urgences, où les capacités de se mouvoir étaient faibles. De manière générale la vétusté du bâtiment, la densité de son occupation aurait rendu problématique, longue et sans doute partiellement inefficace une rénovation qui n'aurait sans doute pas pu permettre de dégager les espaces nécessaires pour parvenir à une mise aux normes de l'ensemble réaménagé. La clinique a cependant du en 2010 entreprendre des travaux de rénovation sur site (entrée fonctionnelle, climatisation regroupement des blocs opératoires).

L'ARS s'est déclarée favorable au projet présenté sous réserve de l'accord de deux parties sur le choix du site unique de regroupement. Le choix du groupe CAPIO s'est porté sur une localisation à Villeurbanne Est. Le choix du groupe mutualiste (RESAMUT) inclinait pour s'établir sur la commune de DECINES où il avait acquis un terrain distinct de celui où était déjà implantée la clinique du Grand Large, lui appartenant.

Malgré de nombreuses démarches et concertations entre les représentants des deux entités, l'accord n'avait pu se faire à la date de fin de mission. Le groupe Capiro avait maintenu son choix d'une implantation à Villeurbanne afin de ne pas perdre une bonne partie de son actuelle patientèle lyonnaise et villeurbannaise. Après qu'un rapprochement de cette position ait semblé s'esquisser au sein de RESAMUT, le conseil d'administration de celui-ci s'est en définitive prononcé, le 12 décembre 2012, pour maintenir un projet commun mais en écartant le choix de Villeurbanne. Le maire de DECINES a quant à lui procédé à de vigoureuses interventions pour conserver une localisation ailleurs qu'à Villeurbanne.

Le 18 janvier 2013 le conseil d'administration des organismes mutualistes rejeta le projet de regroupement en raison de son choix d'implantation. L'ARS a fait connaître que l'aide de 30M€ prévue pour le projet commun de reconstruction (24M€ pour la Mutualité du Rhône, 6M€ pour la clinique du Tonkin) ne serait pas accordée aux établissements, faute d'un accord entre eux.

Un nouvel appel à projets devait être lancé fin avril par l'ARS sur le même territoire de santé. Il sera doté grâce à les sommes rendues disponibles du fait de l'échec du projet de regroupement. In fine, le 21 février 2013 le conseil d'administration de l'organisme de gestion Résamut, se prononçant à nouveau, s'est rallié au projet de rapprochement avec la clinique du Tonkin sur le site de Villeurbanne.

3.5.4 L'inscription dans la régulation territoriale et dans les plans de financement pluriannuels

[468] Il est important que la centralisation des groupes d'hospitalisation privée n'aboutisse pas à un contournement même involontaire de la régulation territoriale sachant que la mécanique des autorisations et des contrats est régionale. Cette inscription dans la régulation macroéconomique régionale, que permet la réactivité des directeurs de groupe a pour contre partie une éligibilité aux financements extra tarifaires, en vue de faciliter la recomposition de l'offre de soins.

Recommandation n°14 : Inscrire les cliniques dans la régulation territoriale des soins et maintenir l'accès aux aides financières dès lors que cela permet une restructuration de l'organisation de l'offre de soins (ARS, DGOS, cabinet)

3.6 Dissocier l'exploitation et la propriété ? Une décision souvent plus contrainte que stratégique

[469] La dissociation de l'exploitation et de la propriété peut prendre des formes banales simples locations ou baux sous différentes formes. Le secteur de l'hospitalisation privée a souvent eu recours à la création de sociétés civiles immobilières dont les porteurs de part étaient les médecins intervenant dans la clinique ou propriétaires de celles-ci, voire pour tout ou partie la société d'exploitation elle-même. Ce montage permettait essentiellement d'étaler le paiement des impôts pesant sur l'investissement L'écoulement des générations successives conduit progressivement à un éloignement des porteurs de parts et d'action de la société d'exploitation et de la société civile immobilière

[470] L'externalisation d'actifs immobiliers se distingue de la vente d'actifs immobiliers, parfois décrite dans les circulaires ministérielles sous le terme de valorisation du patrimoine. Ces ventes relève d'un simple arbitrage patrimonial, la forme sous laquelle l'établissement souhaite détenir une fraction de son patrimoine. Elles portent la plupart du temps sur des éléments patrimoniaux qui ne sont pas affectés à la production principale de l'établissement ou qui cessent de l'être en raison par exemple d'un déménagement ou d'une reconstruction sur un autre site.

[471] Dans les opérations d'externalisation, à la différence des cessions de patrimoine pures et simples, les établissements demeurent dans les lieux et deviennent locataires de l'acquéreur. Selon les cas, l'exploitant bénéficie ou non d'une option d'achat enfin de bail ; cette option d'achat peut se faire à l'euro symbolique si le bien a été entièrement amorti ou encore porter sur une valeur résiduelle définie par le contrat. Si le contrat est triple net, c'est-à-dire ne comporte pas de prestations de services afférentes au gros entretien ou à la maintenance, les choses sont relativement simples.

[472] L'externalisation a parfois été présentée comme une bonne pratique de management dans la mesure où elle allégerait le haut de bilan des établissements, et permettrait à ceux-ci de se recentrer sur leur cœur de métier. La pratique n'a pas encore permis d'en donner une véritable confirmation.

3.6.1 Le cas des groupes de cliniques privées : choix délibéré d'alléger le haut de bilan ou plutôt poids de la contrainte ?

3.6.1.1 Dans la première décennie du siècle, la plupart des principaux groupes de cliniques privées ont eu recours à l'externalisation

[473] En septembre 2006, la Générale de santé a signé avec la Sofco, société d'investissement immobilier cotée, devenue depuis Gécimed, filiale de l'opérateur Gécina, un accord transférant les murs de vingt-huit cliniques en exploitation. En complément, Gécina s'engageait à préfinancer une enveloppe de 30 M€ de travaux d'extension de capacité, moyennant un loyer complémentaire ; l'opération s'accompagnait de la mise en œuvre de contrats de location d'une durée de 10 à 14ans fermes, générant un loyer « triple net » (le gros entretien et la maintenance restant à la charge du locataire) de 32,4 M€par an.

[474] À l'époque, Générale de santé regroupait en France un réseau de 172 établissements et centres de soins soit 14400 lits et places.

- [475] La plus-value de cession a été de 203 M€ la réduction de l'endettement immédiat de 461 M€; ce montant est placé en regard d'un financement par prêt relais obtenu pour l'acquisition en 2005 du groupe Hexagone Hospitalisation, pour un prix d'acquisition de 420 M€ (dont une estimation de 200M€pour les murs).
- [476] Cependant, la trésorerie de la générale de santé s'est depuis cette époque réduite et la société a sensiblement réduit le rythme de ses acquisitions. Tel n'est pas le cas d'autres groupes.
- [477] De 2007 à aujourd'hui, Icade santé, filiale de Icade, société d'investissement immobilier cotée de la CDC, a notamment acquis les murs de quatre cliniques de la Générale de santé, pour un montant de 201,7 M€ loués en retour à l'exploitant pour un loyer annuel de 13,7 M€ (soit un rendement de 6,79 %). Le 14 juin 2007, ICADE avait acquis les murs de trois cliniques d'un groupe régional du sud ouest pour 75 M€et en espérait des loyers générant un rendement de 7,5 %. Le même opérateur a acquis le foncier de deux cliniques appartenant au groupe Vedici en région Centre. Le 10 novembre 2011, le groupe Médi-partenaires a cédé à Icade pour 233M€ les murs de sept cliniques.
- [478] En fin d'année 2012, ICADE SANTE détenait un patrimoine estimé à 1,4 Md€d'actifs et avait procédé en début d'année à une augmentation de capital de 250 M€ faisant entrer à son propre capital les investisseurs institutionnels PREDICA, Cardiff, CNP. GECINA de son côté détenait 1 Md€d'actifs immobiliers d'établissements privés d'hospitalisation.

3.6.1.2 L'avantage financier de la cession-bail pour le groupe de cliniques réside essentiellement dans la possibilité de réemploi de la trésorerie dans des conditions de rentabilité supérieures à celle de l'immobilier cédé

- [479] On peut distinguer parmi les cessions- bail :
- la cession-bail commerciale classique sans option d'achat à l'issue du bail. Dans ce cas, on peut imaginer une éventuelle baisse du montant du loyer si le bien a été suffisamment amorti ;
 - la cession-bail avec option d'achat pour une valeur symbolique ;
 - la cession-bail avec option d'achat pour une valeur résiduelle.
- [480] La conclusion de contrats avec des clauses adjacentes de gros entretien et de maintenance peut compliquer les choses en termes de rachat puisque l'entretien efficace conserve au moins partiellement la valeur du bien sans le prémunir forcément de la désuétude.
- [481] **Un intérêt possible pour le preneur à bail est de déconsolider le bilan pour alléger l'entreprise devenant locataire.** Toutefois, si les baux de l'espèce sont considérés comme des baux financiers et non de simples baux opérationnels, la valeur actualisée des loyers doit apparaître au bilan.
- [482] Selon les normes IAS17 du référentiel IFRS applicable aux comptes consolidés en Europe, un bail est considéré comme financier si le locataire a une option finale d'achat dont on peut penser qu'elle sera exercée ou encore mieux s'il y a un transfert automatique de la propriété à l'issue du bail. C'est également le cas si la valeur actualisée des loyers minimaux devant être versés est égale à la valeur du bien ou si la durée du bail correspond à la majeure partie de la vie économique de l'actif ; c'est aussi le cas si l'actif loué ne peut être loué à un tiers sans modification majeure (ce pourrait par contre être un autre établissement d'hospitalisation, poursuivant l'activité sans changement foncier). C'est également le cas si les pertes du bailleur en cas de dénonciation du bail sont supportées par le locataire. Le bail financier doit être inscrit au bilan au plus bas des deux valeurs que sont la valeur de marché du bien ou la valeur des loyers futurs actualisés.

- [483] Cependant, la limitation de la durée du bail qui n'excède pas douze ans est invoquée pour ne pas le faire faire, en vue d'éviter l'imposition du bail à la taxe de publicité foncière.
- [484] En tout état de cause, si même de tels baux n'étaient pas inscrits au bilan, ils constitueraient des engagements hors bilan devant être réintégrés dans l'analyse financière. **L'argument de l'allègement du bilan paraît donc peu opérationnel.**
- [485] **L'argument essentiel attendu par le groupe hospitalier qui externalise paraît donc bien être celui de l'obtention de trésorerie aux fins de croissance externe ou de désendettement;** cependant cette occurrence doit être comparée avec les formes d'endettement plus classique. La charge des loyers n'est pas forcément moins coûteuse que celle d'un prêt ou d'un emprunt, elle est au contraire plus élevée. Mais le bail peut représenter une possibilité d'obtention plus facile à mobiliser : en effet c'est l'opérateur foncier qui emprunte ou dispose d'une facilité d'emprunt permanente. Cependant si l'entreprise peut accepter un taux d'intérêt plus élevé que par endettement classique parce qu'elle obtiendrait ainsi du cash d'une manière plus aisée, ce raisonnement n'est possible que parce que le gain attendu du réemploi des fonds obtenus dégage un rendement plus élevé que celui du bail (le coût du *lease-back* en secteur hospitalier privé est de l'ordre de 6,8 %). De plus, le coût financier de l'opération doit inclure non seulement la charge d'intérêt déjà présente dans les loyers, mais encore l'indexation de ceux-ci. L'indexation sur l'indice du coût de la construction tend à être élevée et c'est pourquoi on recherche des taux composites plus adaptés (mixte d'un indice des coûts de construction, indice général des prix ou encore limite résultant de l'EDITBAR, le bailleur se limitant éventuellement à un pourcentage de celui-ci, par exemple 45 %, en prenant garde toutefois au fait que le propriétaire ne saurait au regard du droit européen être l'associé de son locataire et qu'une indexation explicite sur la marge brute de la clinique pourrait être ainsi qualifiée). L'obtention de cash par externalisation des murs n'est porteuse d'avantage que si le réemploi des fonds se fait dans une opération dont la rentabilité est supérieure au coût de location nouveau pour l'entreprise désormais locataire.
- [486] **La croissance externe**, si elle est bien conduite se présente comme **l'une des rares possibilités de réemploi** des fonds dégagés par une opération de *lease-back*, le plus souvent plus efficace que des investissements de diversification ou de reconstruction. À défaut, cette opération n'aurait qu'une faible chance d'augmenter la valeur de l'entreprise.
- [487] Pour l'acheteur des murs, nouveau bailleur, l'intérêt est triple :
- celui-ci réside dans une **garantie réelle** supérieure à celle de l'hypothèque, limitée toutefois à la possibilité de réemploi effectif des immeubles, en permettant la location ou la cession. Or, celui-ci n'est pas toujours praticable ou dans des conditions inégalement avantageuses ;
 - une **durabilité supposée du locataire** (débat sur la durée du bail et la durée de vie économique du bien) ;
 - des **rendements intéressants**, qui peuvent être observés dans les contrats et qu'atteste la rentabilité des principaux opérateurs du marché ;
 - une diversification de portefeuilles des opérateurs à côté de l'immobilier résidentiel ou de l'immobilier de bureau.

3.6.2 Contrats de partenariat et baux emphytéotiques hospitaliers : une réduction de l'asymétrie très insuffisante

3.6.2.1 Des transferts partiels de droits réels sans abandon de la mission de service public

- [488] En vertu de l'article 1 de l'ordonnance n°2004-559 du 17 juin 2004 : « Le contrat de partenariat est un contrat administratif par lequel [une personne publique] confie à un tiers pour une période déterminée en fonction de la durée d'amortissement des investissements ou des modalités de financement retenues, une mission globale ayant pour objet la construction ou la transformation, l'entretien, la maintenance, l'exploitation ou la gestion d'ouvrages, d'équipements ou de biens immatériels nécessaires au service public, ainsi que tout ou partie de leur financement à l'exception de toute participation au capital.
- [489] « Il peut également avoir pour objet tout ou partie de la conception de ces ouvrages, équipements ou biens immatériels ainsi que des prestations de service concourant à l'exercice, par la personne publique, de la mission dont elle est chargée ».
- [490] Le cocontractant assure la maîtrise d'ouvrage des travaux à réaliser. La rémunération du cocontractant fait l'objet d'un paiement par la personne publique pendant toute la durée du contrat.
- [491] Le contrat de partenariat a été introduit dans le droit administratif parmi d'autres formes déjà existantes de montages associant personnes publiques et privées, au rang desquelles le bail emphytéotique administratif, l'autorisation d'occupation temporaire constitutive de droits réels et la délégation de service public (DSP), dont le contrat de partenariat se distingue en ce que la rémunération dans le cas de la DSP est assurée par les résultats d'exploitation tandis que la rémunération du cocontractant en partenariat fait l'objet, certes lié à des objectifs de performance, d'un paiement par la personne publique et prédéterminé par celle-ci pendant toute la durée du contrat.
- [492] Le bail emphytéotique hospitalier (BEH) est une formule assez largement apparentée au contrat de partenariat, mais qui s'en distingue notamment par le fait qu'elle ne porte que sur les biens immobiliers détenus par un établissement public de santé (ou un structure de coopération sanitaire à forme de personne publique). Le BEH est assez largement décalqué du bail emphytéotique administratif. Comme lui, il peut porter sur un bien qui constitue une dépendance du domaine public. Dans les deux cas, l'emphytéote dispose de droits réels sur les ouvrages, constructions et installations qu'il réalise sur le terrain objet du bail, mais il ne possède pas de droits réels sur le domaine public lui-même. Le bail emphytéotique hospitalier a précédé le contrat de partenariat. Introduit dans le droit par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, il est régi par les articles L. 6148-2 à L. 6148-7 CSP. Cette antériorité du BEH est souvent expliquée par le souhait de la puissance publique de disposer d'un instrument permettant d'accélérer le processus de construction hospitalière au moment du lancement du plan H2007.
- [493] L'article R. 6148-1 CSP a rapproché, à partir du 29 avril 2010, le régime du BEH de celui du contrat de partenariat en lui étendant l'exigence d'évaluation préalable prévue à l'article 2 de l'ordonnance du 17 juin 2004 ; toutefois le concours prévu à cet article est apporté par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, et non par la MAPPP. Dans le même temps, l'autorisation du DG ARS a été rendue nécessaire avant le lancement de la procédure de passation du contrat, ainsi que pour la conclusion du contrat. Ces évolutions laissent peu subsister de l'intérêt de disposer d'un régime du BEH distinct de celui du contrat de partenariat.
- [494] On notera enfin que des circulaires de la DGOS et de la DGFIP ont prévu que les EPS doivent inscrire dans des comptes d'immobilisations corporelles de leur bilan, les biens faisant l'objet de contrats de partenariat pour la valeur totale correspondant au cumul de la composante « investissement de la rémunération globale du bien. Ces mesures qui rappellent celles relatives à l'inscription du montant des loyer prévus au bilan du preneur à bail dans les cas de *lease-back*, sont heureuses car elles renseignent l'établissement lui-même sur la réalité de sa situation financière.

3.6.2.2 Les partenariats public-privé n'ont pas fait la preuve de leur bénéfique dans le domaine hospitalier

- [495] La mission ne s'est pas donné pour objet d'évaluer les opérations de partenariat public-privé intervenues dans le domaine hospitalier. D'une part, il lui aurait fallu élargir encore plus le nombre d'établissements visités ; d'autre part une mission de l'inspection générale des finances se déroulait dans le même temps, concernant les partenariats public-privé relevant des différentes personnes publiques dont en particulier, celui intervenu au centre hospitalier sud-francilien.
- [496] Il nous a cependant paru que ce rapport ne serait pas complet sans une mention concernant ce type de montage.
- [497] La visite du CH de Annemasse-Bonneville a permis de se rendre compte de l'intensité de l'effort requis de l'hôpital pour compenser l'asymétrie initiale de compétence technique dans la conception et la réalisation du projet (voir encadré 1 : le bail emphytéotique hospitalier de Annemasse-Bonneville) et de constater l'absence de dérive par rapport aux coûts initiaux et aux délais.
- [498] L'examen du rôle rempli par l'ANAP comme expert apportant son concours a donné des indications sur la manière dont celle-ci formulait des avis sur l'évaluation préalable du projet.
- [499] Le scepticisme rencontré parmi les gestionnaires a été largement entretenu par les péripéties très médiatisées du dossier du centre hospitalier de Corbeil-Évry, mais aussi de quelques autres dossiers à l'étranger (l'effondrement du consortium réalisant la rénovation du Métro de Londres ; les difficultés de la reconstruction du CHU de Montréal) ainsi que par un ressentiment diffus vis-à-vis des incitations parfois jugées trop pressantes, en vue de choisir ce montage notamment à l'occasion du plan H2007.
- [500] Plusieurs points critiques sont en effet soulevés.
- [501] **En premier lieu**, la gestion de la complexité est ce qui justifie soit le recours au partenariat soit le recours au dialogue compétitif, le recours au PPP ne peut en aucun cas être entendu comme un transfert pur et simple de la complexité sur le cocontractant. L'établissement doit être en mesure de définir un programme fonctionnel et de participer à l'élaboration du projet conjointement avec son partenaire. L'établissement n'est donc nullement dispensé de faire face à la complexité. La plupart du temps, il lui faudra s'entourer d'assistants à la personne publique (financiers ; assistants à la maîtrise d'ouvrage et spécialiste des contrats administratifs complexes).
- [502] Le coût de ce renforcement doit d'ailleurs être inclus dans le coût global du projet et bien entendu dans les termes de la comparaison avec d'autres formules. Les consultants eux même conçoivent leur fonction comme un apport d'expertise nouvelle dans le cadre d'une procédure risquée et caractérisée par l'asymétrie cognitive, mais aussi comme diffusion d'une pédagogie fondée sur les normes de la finance – rendement, risque, liquidité⁸².

⁸² Voir en ce sens : Géry DEFFONTAINES LATTES Ecole nationale des ponts et chaussées in Les consultants dans les PPP : entre expertise au service du client et intermédiation pour protéger le « marché »

- [503] **En second lieu l'avantage escompté en ce qui concerne le financement doit être mesuré** : bien que les tours de guet du partenariat mettent en garde contre ce point de vue, des établissements peuvent être tentés de voir dans le partenariat, une possibilité de surmonter une insuffisance de capacité de financement. Il est vrai que le montage en échange d'un transfert temporaire et partiel de droits réels dispense l'établissement de fournir de l'argent dès la passation de la commande. Ce n'est que lors de la mise en service que les premiers loyers pourront commencer à être perçus (ce qui est souvent présenté comme une incitation à l'achèvement rapide des travaux par le cocontractant). Cependant le gestionnaire doit procéder à une comparaison des différentes formules de financement de l'investissement auquel il pourrait avoir recours. L'intermédiation du financement peut avoir un coût certain, surtout dans les schémas de financeurs –investisseurs intégraux. Dans la période écoulée, le recours au crédit par une entreprise privée, était plus élevé que le financement direct de la personne publique (même si les hôpitaux se pourvoient à un coût supérieur à celui des émissions de l'État) ; par ailleurs le coût pour l'hôpital ne se ramène pas au seul intérêt inclus dans le montant du loyer, il doit tenir compte également de l'indexation du loyer, problème que nous avons déjà rencontré dans les contrats de *lease-back* des cliniques privées. Dans ces conditions, le recours au contrat de partenariat ou au BEH a de fortes chances de se révéler plus coûteux sur la période du bail. C'est la raison pour laquelle, outre la comparaison des différentes formules de financement, la réglementation inclut dans l'avis rendu sur l'évaluation préalable la soutenabilité budgétaire du projet de financement.
- [504] Pour autant les difficultés d'accès au crédit bancaire peuvent avoir pour effet de transformer les données du choix du financement en le déplaçant d'un arbitrage entre deux formes de financement direct ou indirect à une option entre l'impossibilité de financer et l'utilisation d'un financement intermédié.
- [505] **En troisième lieu, le risque de dépendance vis-à-vis du cocontractant est toujours présent.**
- [506] Pour le déjouer en partie, la MAPP a édité une matrice des risques qui doivent donner lieu à partage entre les partenaires, les risques de construction et de disponibilité paraissant s'adresser principalement au cocontractant, et le risque tenant à la demande (lire fréquentation) ; cependant, même s'il y a lieu de protéger les deux partenaires la détermination ex ante des risques est une opération qui risque d'être à la fois gigantesque et sans l'assurance d'une couverture de toutes les occurrences.
- [507] La dépendance de l'établissement va surtout résider dans la nécessité de faire évoluer le bâtiment en fonction de la modification de l'activité de l'hôpital des techniques qu'il met en œuvre et des modes de prise en charge nouveaux qui seront les siens pendant la période de trente ans sur lequel s'étendra la durée du bail. Les modifications du bâti allant au-delà du gros entretien et renouvellement dépendent du bon vouloir du cocontractant qui dispose des prérogatives du propriétaire durant la période du contrat. En fait, l'établissement risque d'être prisonnier de son cocontractant sans possibilité pratique de faire jouer la concurrence. Autant, il peut être de bonne politique pour l'établissement de s'abstenir de modifier son programme pendant la période de chantier, autant l'enfermement dans le dialogue avec un seul entrepreneur pendant trente ans pose problème. La rigidité acceptable, et sans doute nécessaire le temps de la construction deviendra insupportable en longue période.
- [508] Enfin, la sortie du bail peut elle-même s'avérer complexe. Au-delà de la soutenabilité budgétaire dans la période, l'établissement risque d'avoir consacré sa marge brute non à reconstituer une capacité de financement de l'investissement, mais au paiement du loyer. Il sera alors contraint sauf aide financière non avérée à avoir recours à nouveau à une formule de crédit bail et le plus vraisemblablement de PPP. Dans ce cas, le cocontractant en place sera immensément avantagé, ce qui écartera même la perspective d'une candidature autre. Dans les concessions de service public françaises, déjà, on note que le renouvellement de la concession ne s'accompagne d'un changement de titulaire que dans 10 % des cas.

- [509] Dans son rapport d'observations définitives du 2 août 2012, concernant le centre hospitalier universitaire de Dijon, la chambre régionale des comptes a relevé « n'avoir pas pu constater de gain ni en délais de réalisation ni en coûts » pour la construction par bail emphytéotique hospitalier (BEH) de la nouvelle plateforme logistique du CHU. Elle a constaté, au contraire « un coût largement supérieur à celui qu'aurait entraîné le recours à une procédure classique de marché public ». Le délai du chantier s'est étalé sur 49 mois au lieu des 30 initialement actés. La chambre régionale relève également que « le montant total des redevances à verser évalué à plus de 32 M€ en 2010 dépasse le coût initialement prévu de 28,168 M€, montant supérieur de 4,1 M€ à une procédure classique de marché public, selon l'étude réalisée, en 2005, à la demande du CHU, par un cabinet spécialisé ». Dans sa réponse à la chambre régionale des comptes, la direction du CHU de Dijon a indiqué que « le mode de construction par BEH avait été fortement recommandé par l'ARH, poussée par la MAINH, au titre des partenariats innovants que doivent conduire les hôpitaux ».
- [510] Dans l'attente des évaluations des différents corps ou institutions de contrôle devant intervenir sur ce sujet, la mission suggère de :
- limiter le recours aux contrats de partenariat et BEH aux cas qui le justifient expressément et présentent un avantage financier par rapport aux modes classiques de construction,
 - examiner l'intérêt du maintien d'un régime BEH distinct de celui des PPP,
 - renforcer la capacité de négociation et de suivi, des documents contractuels, des opérations de construction et de maintenance par les équipes hospitalières,
 - vérifier la possibilité pour les établissements de ne pas compromettre la reconstitution de leur CAF, à terme du fait du versement de redevances élevées pendant une longue période.

Recommandation n°15 : Dans l'attente d'une évaluation, limiter le recours au PPP et au BEH (ministère de la Santé, ministère de l'Économie)

3.6.3 Un « RFF hospitalier ? » : une agence nationale des infrastructures hospitalières n'est pas pertinente

- [511] Dans son rapport du 25 juillet 2012, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat précise (page 89) que : « la solution visant à transférer cette charge à l'État ou à une nouvelle agence nationale chargée de l'immobilier hospitalier a été largement écartée car elle irait à l'encontre de l'autonomie des établissements sans apporter nécessairement plus de pertinence dans les choix d'investissement ».
- [512] Dans cette forme extrême de la centralisation, on imagine un transfert de la propriété immobilière à un organisme national qui serait alors propriétaire de l'ensemble du patrimoine immobilier professionnel des établissements publics. On en attendrait une mutualisation des équipes techniques une mutualisation des recours à l'emprunt, un arbitrage national technique des demandes d'investissement hospitalier.
- [513] Dans une approximation de langage on entend parfois parler de RFF hospitalier, cependant il apparaît clairement que comparaison n'est pas raison.
- [514] Dans le domaine ferroviaire les compétences de l'ancien ensemble ont été réparties entre la SNCF et la RFF. Chacune de ces entités avaient ou ont une dimension nationale dès le départ.

- [515] Tel ne serait pas le cas si l'on venait à créer une agence nationale du patrimoine hospitalier. Il s'agirait en effet de transférer les biens de plusieurs centaines d'établissements à une personne morale créée de toutes pièces. Une loi serait bien sûr nécessaire comme cela a été le cas en matière ferroviaire. Mais la situation est toute différente. Il n'existe notamment pas au niveau national d'équipes constituées, suffisamment nombreuses et capables actuellement de reprendre la gestion de ce patrimoine. On peut douter qu'une telle opération soit réellement praticable : en tous cas aucune étude de faisabilité n'a jamais été menée à ce sujet.
- [516] La définition des frontières de compétence entre les établissements et l'agence serait pour le moins délicate en particulier si les compétences de l'agence devaient englober la maintenance, le gros entretien et l'investissement de renouvellement. Si tel n'était pas le cas, d'innombrables problèmes risqueraient de se poser s'agissant des immeubles par destination et des modifications progressives de l'intérieur des bâtiments. Une centralisation de la gestion de l'ensemble du patrimoine risquerait au contraire d'être inefficace. Portant sur la totalité des travaux de toute nature (et non sur seulement ceux qui ne peuvent être financés par les seuls tarifs), elle risquerait d'être rapidement en retard sur l'événement quotidien, même si l'on peut imaginer des déconcentrations régionales de ce nouvel ensemble.
- [517] Enfin, dans un patrimoine extrêmement évolutif, en fonction de l'évolution des modes de prise en charge et des techniques médicales, l'évolutivité du bâti interne est très liée au projet de l'établissement et notamment à son projet médical.
- [518] La mission estime que le rôle de la tutelle n'est pas de se substituer à la gestion des établissements. La régulation nationale ou régionale doit porter prioritairement sur les investissements stratégiques et lourds en réalisation comme en financement.
- [519] Une centralisation de la gestion des infrastructures hospitalières se heurterait au moins aux difficultés suivantes :
- ignorance du patrimoine actuel, à un niveau global et national, même si cette question est en cours d'éclaircissement ;
 - incapacité à constituer en temps voulu, une structure équipée en mesure de prendre en charge un patrimoine d'une telle ampleur alors que cette structure préexistait dans le cas de RFF ;
 - centralisation d'opérations intimement liées à la vie même des établissements (syndrome de la décision absurde) ;
 - concentration des critiques sur un focal unique.
- [520] Une forme particulière de centralisation du patrimoine des établissements a été avancée sous la forme de la création d'une section régionale d'investissement. Évidemment, cela suppose qu'une personne morale (et le bilan de celle-ci) soit constituée ou désignée pour servir de support à cette section, sorte de tableau de financement inter-établissement régional.
- [521] Cette solution se heurte aux mêmes critiques que celles visant une centralisation du patrimoine hospitalier au niveau national. Il ne suffit pas de transférer les responsabilités, il faut aussi transférer les équipes capables de s'en occuper. On pourrait envisager une section régionale qui ne viserait que les gros investissements, mais cela n'entraînerait qu'une complexité supplémentaire. La tutelle régionale peut atteindre à un bien meilleur résultat sans se substituer aux établissements avec lesquels elle n'a pas lieu de se confondre.

4 CONDUITE DU PROJET D'INVESTISSEMENT IMMOBILIER : MAÎTRISER LE DIMENSIONNEMENT CAPACITAIRE, REUSSIR LA PROGRAMMATION ET S'Y TENIR

4.1 Un schéma directeur immobilier hospitalier annexé au CPOM pour anticiper les opérations à venir

- [522] Étant donné les délais nécessaires pour les phases d'études préalables ou, le cas échéant, la reconstitution de la CAF, il est important que les établissements puissent anticiper les investissements immobiliers à venir. Cela suppose de disposer d'une visibilité sur l'évolution de l'immobilier à moyen et long terme, que donnait, avant sa suppression en 2005 avec la réforme de l'EPRD, le plan directeur immobilier.
- [523] Outre la valorisation du patrimoine hospitalier, il est en effet utile pour l'établissement de disposer d'un schéma directeur immobilier qui comprendrait pour l'établissement l'ensemble de son patrimoine foncier et immobilier et les prévisions d'évolution, l'évolution de l'offre de soins, en prenant en compte l'offre publique et privée de l'ensemble du territoire, et son insertion territoriale.
- [524] Il importe que ce schéma directeur immobilier soit également examiné par l'ARS, dans la mesure où certaines orientations touchent directement à la régulation de l'offre de soins (évolution de capacité, d'activité, *etc.*).
- [525] La plupart des établissements de santé rencontrés ont réalisé un état des lieux des différents sites d'implantations de leurs activités de soins, du bâti et de sa qualité (vétusté et sécurité). Ils en ont tiré, selon les cas, un schéma directeur ou un plan directeur immobilier qui ont leur traduction dans le programme d'investissement. Tous les établissements de santé ne disposent néanmoins pas d'un tel schéma, avec le risque de passer à côté de certaines opportunités de regroupement ou de valorisation.
- [526] Pour ces raisons, il apparaît utile que des schémas directeurs de l'investissement formalisant les enjeux de long terme soient annexés aux CPOM, et traduits le cas échéant dans le programme d'investissement et le PGFP. Cette recommandation rejoint celle de la Cour des comptes⁸³ : *« rendre obligatoire la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier, intégrant lorsque cela apparaît utile une réflexion particulière sur la valorisation du patrimoine non affecté »*.

Recommandation n°16 : Annexer au CPOM un schéma directeur immobilier (décret, DGOS, ARS, établissements de santé, 2013)

- [527] Les schémas directeurs sont souvent réalisés en ayant recours à un prestataire spécialisé, dont le nombre est néanmoins très restreint, la réalisation du schéma directeur étant réputé peu rentable pour lesdits prestataires compte tenu des récurrentes dérives de délai qui sont à leur charge. Par ailleurs, l'ANAP a proposé dans son programme de travail 2013 la réalisation d'un guide d'élaboration du schéma directeur.

4.2 Loi MOP ou conception-réalisation : la vertu tient davantage à la solidité de la MOA qu'à la procédure

- [528] Une fois la nature de l'opération décidée, le choix de la modalité de réalisation doit se faire très en amont, au plus tard pendant la phase de programmation, dans la mesure où les attendus du programme ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agisse d'une procédure classique dite en loi MOP, d'une conception-réalisation ou d'un BEH.

⁸³ Cour des Comptes Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins. Rapport public annuel Février 2012. 50 p.0

4.2.1 Le cadre classique : la loi MOP, une procédure qui privilégie la transparence de la procédure plutôt que son efficacité (le prix) et la rapidité

- [529] La procédure classique est défini par la loi MOP⁸⁴, où l'hôpital garde la maîtrise d'ouvrage (MOA) du début jusqu'à la fin et choisit puis passe successivement un marché avec un maître d'œuvre (MOE) chargé de la conception de l'ouvrage, puis avec une ou plusieurs entreprises pour la réalisation des travaux.
- [530] L'avantage théorique de cette procédure est de situer clairement le MOE (l'architecte) au côté de la MOA.
- [531] Cela signifie qu'en fonction de la nature de l'opération et de sa complexité la durée d'un chantier devrait être pour lesdits établissements comprise entre quatre et sept ans.

Schéma 7 : Étapes d'un projet en loi MOP

1. Études préalables (MOA)	Risque : choix des grandes alternatives à trancher : faire ou ne rien faire, rénovation ou restructuration
2. Programmation (MOA + programmiste) -6 à 8 mois -livrable : préprogramme puis programme, devant être remis au MOE. Le programme a vocation à être inscrit dans le CPOM et traduit dans le PGFP	Risques : - il est souvent difficile de trouver un consensus sur le programme ; -hypothèses d'activité volontaristes ; -surdimensionnement capacitaire ; -dérive du ratio SDO/SU au lieu d'une densification et donc d'une diminution du ratio.
3. Concours de MOE et passation du marché de MOE (MOA) -4 à 6 mois -livrable : esquisse	
4. Conception (MOE) - 8 à 12 mois -livrable : permis de construire, avant-projet sommaire (APS), avant-projet détaillé (APD), projet, dossier de consultation des entreprises	Risques de la conception : surdimensionnement des surfaces de l'ouvrage par le concepteur et changement de programme en cours de conception
5. Consultation des entreprises et passation du ou des marché de travaux -2 à 4 mois	Risque de la consultation avec les entreprises : appels d'offre infructueux pour certains lots, dépassement des coûts objectifs, dépassement des

⁸⁴ Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée

-livrable : marchés avec les entreprises	délais liés aux appels d'offre infructueux, marché souvent oligopolistique
6. Réalisation des travaux (MOE et entreprises) -2 à 4 ans -livrable : bâtiment(s)	Risque de réalisation : changement de programmes en cours de réalisation, défaillance d'entreprises en cours de chantier, dépassement des délais liés aux dérives de chantiers, avenants pour travaux supplémentaires
7. Réception - mise en service (MOA) -2 à 3 mois	Risque : difficulté de faire revenir certaines entreprises pour la levée des réserves une fois le chantier terminé et d'obtenir les dossiers techniques qui par la suite permettront d'assurer la maintenance

Source : IGAS, d'après *Les Hôpitaux et l'investissement*, C. BOUINOT et B. PÉRICARD, Dexia LGDJ, Lextenso éditions, février 2010.

[532] La procédure en loi MOP n'a jamais fait l'objet d'une évaluation, pas même pour le seul secteur hospitalier, ce qui est pour le moins étonnant, étant donné les multiples dérapages connus de la part des MOA publiques :

- modifications multiples du programme en cours de conception, de réalisation ;
- dérive des délais ;
- dérive des coûts.

[533] Dans la pratique la procédure MOP privilégie la transparence et l'égalité d'accès aux marchés publics, mais elle pêche en efficacité et en rapidité. Il n'est en effet pas possible de procéder à des négociations avec les MOE, ce qui permettrait pourtant de faire baisser les prix.

4.2.2 La conception-réalisation : une procédure figeant le programme, le délai et les coûts

[534] L'ordonnance du 4 septembre 2003⁸⁵ a simplifié pour le secteur sanitaire le cadre législatif de la conception-réalisation et du BEH.

[535] La conception-réalisation est l'autre grande procédure par laquelle l'hôpital garde la MOA. Néanmoins, cette fois, l'hôpital peut confier à un groupement de personnes (souvent architecte + entreprises) une mission portant à la fois sur la conception et la construction. Le marché passé entre l'établissement public de santé et le groupement de personne comprend cette fois un engagement contractuel sur le délai et le coût.

[536] L'intérêt de cette procédure est triple :

- en confiant à un groupement unique la maîtrise d'œuvre et la réalisation, l'établissement attend un gain de temps grâce à une compression des études de conception, de la suppression de la procédure de consultation des entreprises et une grande concertation entre les membres du groupement. Ce gain serait de six à dix-huit mois selon la nature du projet ;
- cette procédure offre, en principe, une meilleure garantie contre la dérive des coûts et des délais, puisque ceux-ci sont un engagement contractuel ;

⁸⁵ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

- le programme ne peut plus être modifié dès le marché passé, ce qui constitue une sécurité contre les velléités de modification du programme en cours de conception comme en cours de réalisation.

[537] Ces deux derniers points ont d'ailleurs présidé à l'ordonnance de 2003.

[538] En revanche, le fait que MOE et entreprises ne soient plus indépendants, et le fait que contrairement à la procédure de la loi MOP la MOE ne soit plus du côté de la MOA, nécessite de la part de l'établissement un suivi de la conception et de la réalisation de très près, puisque le MOE n'a plus les mêmes incitations à vérifier la bonne réalisation des travaux. Cela suppose donc de disposer d'une MOA robuste.

[539] Cette procédure présente donc le double avantage de laisser la MOA à l'établissement et de figer le programme, les coûts et les délais.

4.2.3 La maîtrise d'ouvrage doit dans tous les cas se donner les moyens de soutenir le dialogue voire la confrontation avec les entreprises de construction

[540] Quel que soit la procédure retenue, les mauvais projets d'investissement trouvent souvent parmi leurs causes une faiblesse de la MOA. Il est donc primordial qu'elle se donne les moyens d'être à la hauteur du projet d'investissement et des co-contractants.

[541] **La première condition *sine qua non* d'une MOA fiable est la stabilité des équipes de direction de l'établissement.** La conduite d'un projet ne semble pourtant pas être un obstacle à la mobilité des équipes de direction, comme l'a montré l'exemple, quelque peu paroxystique, de la conduite du BEH du CH sud-francilien.

[542] Cependant, si la MOA s'évalue comme insuffisante au regard de l'exigence de conduite et de suivi du projet d'investissement, il est nécessaire de recourir à une assistance à personne publique pour les conseils juridiques, financiers ou techniques, étant donné les montants financiers en jeu.

4.3 La qualité et la précision du programme : points cruciaux du processus, figeant notamment la capacité, le calendrier et le coût

4.3.1 L'importance des phases amonts

[543] Le tableau suivant retrace l'ensemble des gains potentiels aux différentes phases de l'investissement.

Tableau 21 : Marges de manœuvre du MOA sur le coût d'un investissement aux différents stades de l'opération

Stade	Etudes préalables	Programme	Esquisse	APS	APD	Marchés de travaux
Marge*	100% **	15 à 30%	15 à 20%	5 à 10%	3 à 5%	1 à 3%

* Marge approximative exprimée en pourcentage du montant de l'opération. La marge correspond à l'hypothèse de non remise en cause des décisions prises aux phases antérieures.

** Au stade des études préalables l'opération inadaptée ou non rentable peut être abandonnée.

Source : ANAP, 2010 *Repères méthodologiques en phase programmation*⁸⁶

- [544] L'ANAP⁸⁷ ajoute sur les économies potentielles en fonction de l'avance du programme : « S'il n'est pas rare que les conséquences financières de certains choix réalisés au stade du programme représentent plus de 20 % du montant de l'opération, il est difficile d'économiser plus de 10 % sur un avant projet sommaire (APS)⁸⁸ sans remise en cause du parti architectural, et ce pourcentage se réduit à environ 3 % au stade de l'avant projet détaillé (APD)⁸⁹ »
- [545] Plus le processus est avancé, plus les économies potentielles seront réduites⁹⁰. Le dimensionnement capacitaire est le point clef, *cf. supra*. Ces données doivent donc être instruites dès la phase d'étude préalable et discutés avec l'ARS, afin de ne pas poursuivre plus avant les études d'une phase de programmation, par construction plus longues et plus coûteuses.

4.3.2 La phase de programmation est l'étape-clef dans la maîtrise du processus d'investissement

- [546] La phase de programmation est l'étape-clef pour la réussite du projet d'investissement : 80 à 90 % d'un projet sont actés au moment du programme, et c'est le document auquel il est fait référence dans toutes les étapes du processus, de la conception par la MOE jusqu'à la réception. Cette phase est d'autant plus essentielle pour les établissements publics que la procédure ne laisse pas la possibilité de discussion continue comme c'est le cas pour les établissements privés.
- [547] Le programme permet à la MOA de fixer :
- le dimensionnement au sens de l'activité ;
 - l'organisation spatiale et fonctionnelle en grands ensembles, puis en proximité ;
 - le dimensionnement physique des locaux et des circulations : les surfaces utiles.
- [548] La phase de programmation est souvent externalisée auprès d'un prestataire spécialisé, le programmiste. Son travail n'est pas de discuter des hypothèses d'activité, il est de décliner le plan directeur, les capacités envisagées, *etc.* en locaux et surfaces et de proposer une organisation générale par activité où les demandes de la MOA sont rationalisées et le projet densifié. Ce travail doit aboutir à plusieurs scénarios d'organisation fonctionnelle, de surfaces et de coûts prévisionnels. Ces préprogrammes sont ensuite soumis à la discussion interne de l'établissement jusqu'à la sélection d'un seul préprogramme qui sera la base du programme.
- [549] Le contenu du programme diffère selon la procédure de réalisation. En loi MOP, les exigences du programme sont les moins avancées, il s'agit du programme technique détaillé ; en conception-réalisation, la partie technique est bien plus détaillée, on parle de programme des besoins ; en PPP, c'est l'aspect performantiel du projet qui est bien plus sollicité, on parle de programme fonctionnel.

⁸⁶ Repères méthodologiques en phase programmation, ANAP, 2010, 149 p

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ La phase de mise au point de l'organisation des locaux où les affectations, les surfaces, les liaisons fonctionnelles doivent être arrêtées conduit à la production de l'APS.

⁸⁹ La phase de mise au point des éléments techniques du projet, de la validation des équipements local par local, conduit à la production de l'APD.

⁹⁰ 2006. MAINH Regards croisés sur la conduite de projets immobiliers hospitaliers. Fiches pratiques issues du séminaire « réussir une opération immobilière » proposé à une centaine de chefs de projets impliqués dans H 2007.

- [550] *In fine*, le programme se présente sous la forme du recueil des besoins, des contraintes et des attentes, il comporte une fiche individuelle par local avec le matériel et les équipements nécessaires à son fonctionnement, il donne une description des schémas d'organisation fonctionnelle et des circulations, et comprend enfin un calendrier prévisionnel et une estimation du coût TDC⁹¹.

Recommandation n°17 : **Introduire une validation du programme par l'ARS en amont du choix de la MOE ou du choix du groupement MOE et entreprises (établissements, ARS, DGOS, SG, loi)**

4.3.2.1 Dimensionnement de l'activité : vérifier le bon calibrage des unités

- [551] Il s'agit notamment de vérifier le calibrage, autant que faire se peut, à 30 lits des unités des activités cliniques ainsi que le dimensionnement des plateaux techniques.
- [552] Les autres modules (blocs, imagerie, consultations et explorations fonctionnelles, biologie) qui se trouvent être en grande partie des conséquences du module clinique sont au titre du dimensionnement du plateau technique tout aussi fondamentaux.
- [553] *Ælipce* résout la question de la capacité puisque l'une des données d'entrée est l'hypothèse d'activité, la capacité étant un paramètre que l'on contrôle par le taux d'occupation.

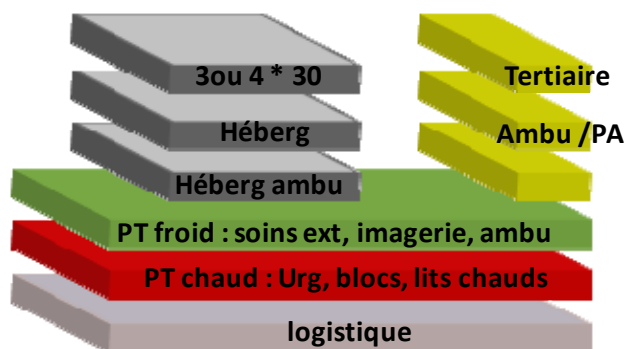
4.3.2.2 L'organisation spatiale et fonctionnelle : la modularité du bâtiment est garante de son évolutivité

- [554] La détermination des surfaces optimales repose enfin sur les choix d'agencement même des différentes unités d'hospitalisation, des plateaux techniques et logistiques entre eux. Même si le temps des modèles semble être révolu (programmes Fontenoy, V120/240, *etc.*), en revanche quelques principes simples sont globalement retenus :
- regroupement des activités de consultations, des explorations fonctionnelles, de l'imagerie froide ;
 - regroupement des activités « chaudes » : activités interventionnelles, lits chauds (réanimations, soins intensifs, soins continus), urgences ;
 - mutualisation des espaces d'hébergements avec des unités dont les fonctions communes sont mutualisées par 3, 4 ou davantage ; intérêt d'organiser les unités d'hébergements en deux modules de 15 lits pour permettre une modularité par demi-aile permettant une évolutivité dans la prise en charge par module de 15 lits ;
 - espace ambulatoire regroupé accessible fonctionnellement directement depuis l'entrée, les plateaux techniques, les hospitalisations ; l'architecture proposée doit pouvoir faire basculer des surfaces d'hébergement classique en ambulatoire ;

⁹¹ Le coût TDC est le coût toutes dépenses confondues effectivement décaissé par l'établissement, *i.e.* : coût TTC des travaux et VRD (voiries réseaux divers), honoraires des prestataires (géomètre, programmiste, architecte, AMO, *etc.*), et divers frais (assurances, *etc.*). On retient souvent que l'on passe du coût des travaux HT au coût TDC par un facteur de 1,5 (source : Les Hôpitaux et l'investissement, *op. cit.*).

- regroupement des bureaux sur un plateau tertiaire (*i.e.* non dédiés aux soins) traité comme tel⁹² ;
- un plateau logistique.

Schéma 8 : Illustration d'un schéma d'organisation spatiale actuel



Source : ANAP

- [555] Le bâti est construit pour des périodes de 25 à 30 ans au cours desquelles surviennent beaucoup d'évolutions relatives aux activités, au contexte du territoire ou aux évolutions techniques et réglementaires.
- [556] Ainsi, le débat entre prévoir l'hôpital du futur ou construire un hôpital modulable semble clairement tranché aux yeux de la mission : il vaut mieux construire un hôpital qui préserve les possibilités d'évolutions futures plutôt que l'hôpital du futur rigide, construit sur ce qu'on croyait hier être le futur et qui ne puisse pas évoluer faute de modularité.
- [557] Il est donc important de prévoir l'exigence de modularité des bâtiments dès l'appel d'offre, même si la modularité peut entraîner des surcoûts. Au demeurant, l'enjeu de modularité justifie que ces surcoûts puissent être soutenus par une aide nationale⁹³, afin de partager les enseignements de ces projets novateurs et les risques liés à l'innovation.
- [558] À titre illustratif, voici trois éléments très différents où intervient la modularité, montrant ainsi qu'elle doit être une exigence constante et diffuse dans toutes les phases de définition du projet :
- il est important de penser à la modularité de l'occupation du foncier à 30 ans. Par exemple, construire au milieu du terrain est souvent mauvais en termes d'évolutivité ; mieux vaut construire dans un coin de celui-ci pour disposer ensuite du reste du foncier pour évoluer. En général, on construit ailleurs quand on a saturé la surface au sol ;
 - enfin, lors du dimensionnement des surfaces, il est important de penser, dans le dialogue entre direction de l'ingénierie et le personnel soignant, à l'évolutivité des circulations, des chambres, des blocs, *etc.* Par exemple, l'application des fourchettes basses des référentiels de l'ANAP ne doit pas être un credo. La mission a vu par exemple dans un établissement de PACA des chambres dont la surface correspondait à la fourchette basse de l'époque mais qui ne permettent plus d'accepter l'évolution de la taille des lits, de sorte que pour sortir le

⁹² Ce schéma est celui du nouveau bâtiment mère-enfant de l'hôpital universitaire Necker Enfants Malades dont la mise en service est programmée pour le premier semestre 2013. Ce bâtiment Laennec, d'une superficie SHON de 55 000 m² est dédié à la prise en charge de la mère et à l'enfant ; il a une capacité de 406 lits. Les surfaces de logistique administrative (secrétariats, bureaux médicaux, salles de réunion et de staff) ont été déportées dans un bâtiment médico-administratif, relié par les liaisons horizontales aux secteurs d'hospitalisation. Ils répondent de ce fait à des normes de construction standards moins coûteuses que celles requises pour les unités de soins.

⁹³ Etant entendu que les normes HQE font partie du standard et qu'elles ne sont pas incluses dans le sujet de l'évolutivité

second lit d'une chambre double, il est nécessaire de sortir également le premier. Il faut être d'autant plus vigilant sur cette non-application stricte des référentiels que les fourchettes de surfaces d'Ælipse sont plus resserrées que celle du référentiel de dimensionnement de l'ANAP ;

- le schéma des circulations est fondamental pour que le bâti puisse supporter les évolutions d'activité. Ainsi, au CHU de St Étienne un bâtiment a été construit en 1985 à l'époque d'une contrainte financière, avec pour conséquence un dimensionnement physique plus étroit, de sorte que ce bâtiment est devenu inadapté à l'usage, et précipite ainsi le besoin de travaux, alors qu'un autre bâtiment du même CHU, construit en 1982 avec des circulations notamment plus larges, reste adapté ;
- enfin, les experts de l'ANAP rapportent que les structures en béton, en imposant un poteau porteur tous les 7,20 mètres, n'offrent guère de modularité alors que les structures métalliques le permettent. À cet égard, il est intéressant de noter que ces exigences doivent être explicitement mentionnées par l'établissement, puisque les maîtrises d'œuvre préfèrent généralement les structures béton, par facilité de chantier, alors que les normes incendie favorisent elles plutôt le métallique.

4.3.2.3 Le dimensionnement physique des locaux et des circulations : les surfaces utiles

[559] Le dimensionnement physique des locaux est obtenu par le référentiel de dimensionnement, ou, mieux, Ælipse. Il doit répondre à la double exigence, d'une part, d'être rationalisé autant que faire se peut pour ne pas générer des coûts d'entretien et de maintenance inutile et, d'autre part, de prévoir suffisamment de marge pour l'évolutivité.

[560] En effet, l'ANAP estimait en 2009, qu'un mètre carré d'hôpital générerait environ 1 000 euros annuels en coût de fonctionnement. Il est donc souhaitable de maîtriser la surface utile pour qu'elle réponde à la double exigence susmentionnée.

Calibrage des unités : exemple (source ANAP)

Pour un projet de construction d'un hôpital de 1000 lits, un choix d'unité de 25 lits nécessitera 40 unités et un choix d'unités de 30 lits n'en nécessitera que 33. Or, une unité représente environ 1000 à 1100 m², l'écart final sera de 7 000 m² soit 7 % de la surface globale.

Une unité de soins de 30 lits coûte en investissement *a minima* 2,5 M€ et en exploitation technique 50 à 70 k€/an ; en exploitation cette unité mobilisera environ 40 agents pour environ 2 M€ de dépenses annuelles. Le choix du calibrage, en nombre de lits, d'une unité d'hébergement apparaît ainsi déterminant sur les coûts d'exploitation

[561] Le référentiel propose des fourchettes de surfaces pour les différents secteurs fonctionnels : hospitalisation, plateaux techniques (urgences, soins critiques, imagerie, radiothérapie...), fonctions logistiques médicales (pharmacie, laboratoires), fonctions logistiques générales (restauration, archivages) ou administratives (bureaux médecins, secrétariats).

Tableau 22 : Exemples de quelques unes de principales fourchettes de surface selon les secteurs

HOSPITALISATION Chirurgie	
INDICATEUR CIBLE D'ACTIVITÉ 280 à 310 journées/lit et /an M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE 32 à 38 m² SDO/lit	
Principales hypothèses : <ul style="list-style-type: none"> • l'unité d'hospitalisation comporte tous les locaux annexes mais pas de bureaux médicaux nominatifs • hors vestiaire 	
Positionnement dans les fourchettes en fonction de : <ul style="list-style-type: none"> • la saisonnalité de l'activité • la fermeture ou non de lits au cours de l'année • la possibilité ou non de décaler une hospitalisation • la durée moyenne standardisée de séjour de référence • la proportion de chambres à deux lits ou de chambres doubles • le degré de mutualisation des locaux entre les unités de soins 	
PLATEAU TECHNIQUE Urgences	
INDICATEURS CIBLES D'ACTIVITÉ 2500 à 3000 passages/box et/an pour un service avec moins de	3000 à 3500 passages/box et/an pour un service avec plus de
15000 passages/an	
M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE 100 à 120 m² SDO/box	
Principales hypothèses : <ul style="list-style-type: none"> • ne concerne que les services soumis à autorisation • ne comprend pas : BMUR, UHCD, maison médicale, vestiaire, secteur d'imagerie dédié et sas fermé 	
Positionnement dans les fourchettes en fonction de : <ul style="list-style-type: none"> • la proportion d'urgences pédiatriques • la saisonnalité de l'activité 	

Source : MAINH référentiel 2009

[562] Ce référentiel est évidemment très structurant pour le bon dimensionnement des locaux, l'ensemble des projets désormais présentés sont dans l'ensemble conforme à ce référentiel. Néanmoins, deux modérations :

- la précision de ce premier référentiel de dimensionnement est perfectible d'après les experts en vacation auprès de l'ANAP. Ainsi, la variation possible des taux d'occupations en médecine (en fonction de l'hypothèse sur les 280 à 320 journées par an) conduit à une imprécision de 14 % sur le nombre de lits nécessaires à laquelle se superpose une marge de 32 à 38 m² sur la surface SDO/lit soit 19 % d'écart. L'ensemble conduit à une imprécision totale sur la surface d'hébergement de 35 %⁹⁴. Cette imprécision ne doit pas faire rejeter l'outil qui constitue une base de comparaison précieuse tant pour les établissements de santé que pour les agences régionales ;
- ce référentiel a désormais un temps de retard : il a été fait notamment d'après les surfaces de certains hôpitaux que précisément l'on ne souhaite pas reproduire en termes de dimensionnement. C'est là tout l'intérêt des dire d'experts dans l'élaboration des référentiels, et non de la seule collecte d'informations. C'est précisément de ce genre de dire d'experts dont ne dispose plus l'ANAP (cf. *infra* 5.4.).

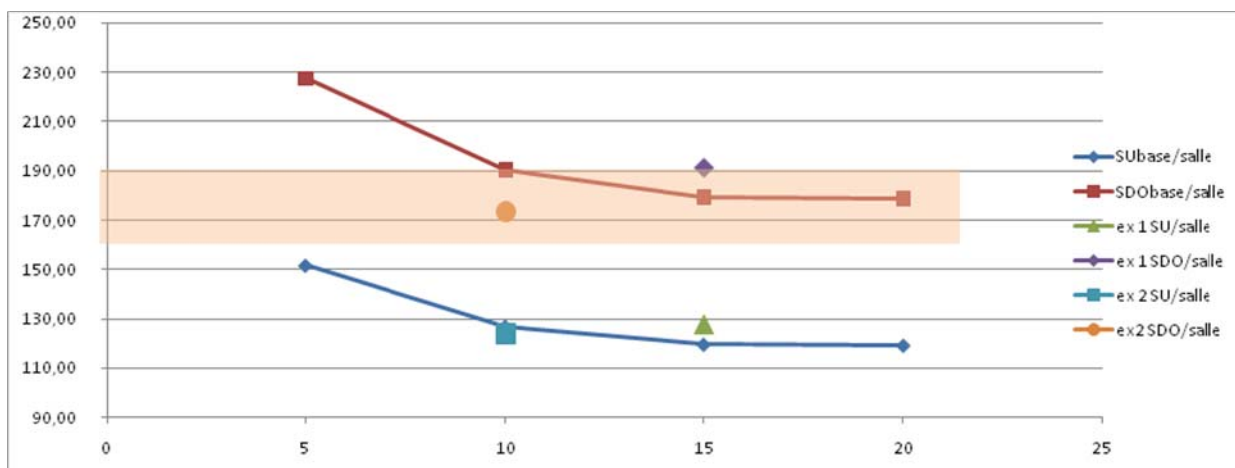
[563] La phase de dimensionnement physique est suivie par l'intermédiaire du ratio des surfaces dans œuvre (SDO) sur les surfaces utiles (SU) SDO/SU, qui est de l'ordre de 1,65 pour les projets les plus compacts réalisés en procédure classique⁹⁵. Ce ratio est de 1,61 pour les établissements de santé privés ; il est de 1,63 à 1,65 pour les établissements de santé publics pour les programmes en conception réalisation et 1,75 en loi MOP. Le ratio de 1,60 est considéré comme une cible accessible.

⁹⁴ 1,19 x 1,13 = 1,35

⁹⁵ Première approche d'un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé. MAINH, 2009, 39 p.

- [564] De même s'agissant des plateaux techniques, la concentration pèsera pour les mêmes raisons, sur les surfaces finales et leurs coûts d'exploitation. Le schéma suivant illustre l'impact pour les blocs opératoires.

Schéma 9 : Incidence des aspects programmatiques (nombre de salles) sur les surfaces utiles des blocs opératoires (SU et SDO)



Source : ANAP abscisse : nombre de salle ; ordonnées : surface en m²

- [565] Dans l'exemple ci-dessus d'un plateau opératoire de 5 salles, la surface dans œuvre de base (SDObase) par salle de bloc est de 230 m² contre 190 m² pour un plateau de 10 salles dans l'exemple 2, soit une différence de 17 %.
- [566] Les surfaces des locaux techniques et des circulations générales peuvent être déduites des surfaces précédentes. S'agissant des circulations générales, certaines circulations doivent parfois être augmentées au détriment du coût d'investissement ; le choix de disposer de monte-malades dans les unités augmente le nombre de monte-malades mais évite les croisements de flux, et permet de réduire le brancardage.

4.3.2.4 Éviter de modifier le programme arrêté, sans cause majeure, sous peine de dérive des coûts et des délais

- [567] Toute modification du programme après qu'il ait été arrêté entraîne une dérive des coûts et une dérive des délais. C'est probablement dans ces modifications récurrentes que réside la principale raison des dérives en délai et en coûts pour les établissements publics. Les exemples sont nombreux (CH sud-francilien, CHU de Dijon, etc.)
- [568] Dès lors, sauf cas de force majeure, il faut s'en tenir strictement au programme arrêté, c'est d'ailleurs l'un des grands intérêts de la conception-réalisation que de ne pas permettre facilement ces modifications.
- [569] Le rôle du directeur d'établissement apparaît à cet égard essentiel pour s'assurer, d'une part, du bon séquençage des phases de définition du programme et, d'autre part, pour être le « gardien du temple » du programme dès lors qu'il a été arrêté et la conception ou la réalisation débutée.

4.4 Les paramètres à contrôler tout au long de la phase d'études

[570] Il est possible de vérifier simplement, tout au long de la phase d'études du projet, que l'opération ne dérive pas en coût. En effet, en supposant que le dimensionnement en lits et places est conforme aux besoins en matière d'activité et de prise en charge (séjours, journées, taux d'occupation) et qu'il est constant durant toute la durée du projet, alors certains paramètres simples permettent de vérifier le bon déroulement de l'opération :

- nombre de lits et places, nombre d'unités ;
- surfaces SDO et SU ;
- ratio SDO/SU global : en théorie, il doit s'améliorer au fil du projet : (densification) ; les demandes *post* programme ou *post* concours en SU font que si la surface SDO ne varie pas alors le ratio SDO/SU doit diminuer (densification) ;
- m² / lit ou place brut et net (un programme comporte très souvent des fonctions ajoutées qui peuvent modifier de manière substantielle ce que devrait être ce ratio dans le cas d'un hôpital normal).

[571] Dans l'absolu, ce contrôle doit pouvoir s'effectuer à toutes les étapes d'un projet : préprogramme ; programme ; concours (esquisse ou APS) ; mise au point esquisse ou APS ; APD.

Tableau 23 : Exemple de tableau de suivi des critères

	nombre de lits HC/HdS	nombre unités HC/HdS	nombre de places ambu	nombre unités ambu	nombre lits chauds	nombre unités lits chauds	SU	SDO	SDO/SU	m ² /lit-place brut	m ² /lit-place net
préprogramme											
programme											
concours											
esquisse											
aps											
apd											

Source : ANAP

Recommandation n°18 : Mettre en place les indicateurs de suivi des phases d'étude d'un projet d'investissement immobilier (circulaire DGOS, ANAP)

5 PILOTAGES REGIONAL ET NATIONAL : ACCROITRE LA SELECTIVITE ET LA RESPONSABILITE SANS SUBSTITUER UN NIVEAU A UN AUTRE

5.1 Renforcer la transparence sur la programmation régionale et les décisions prises en matière d'investissement structurants

[572] Les interventions directes des élus sur les dossiers d'investissement n'ont pas de raison de se réduire. Le pouvoir d'influence réel des élus en matière d'investissements hospitaliers n'est pas contrebalancé par les conséquences en exploitation de leurs interventions : si l'investissement est surdimensionné ou inopportun et qu'il génère une exploitation à perte, seules l'ARS et l'Assurance maladie en supporteront les conséquences. L'élu pèse sur une décision qu'il n'aura pas à assumer directement en gestion. Cette situation n'a pas changé fondamentalement avec le passage des ARH aux ARS.

- [573] Peut-on en matière d'investissement se contenter d'affiner uniquement les leviers et processus de décision des établissements de santé et des ARS sans faire évoluer les modalités des interventions politiques ? Beaucoup des interlocuteurs interrogés par la mission partagent les constats (*cf. supra* 2.7.4), mais le sentiment dominant est à la résignation face à un phénomène considéré comme inévitable et qui dépasse le seul cadre de l'investissement hospitalier.
- [574] La première voie est de rendre la procédure de décision de l'investissement plus rigoureuse ; la procédure organisée autour du CGI, *cf. infra*, va dans ce sens et d'être plus sélectif sur les projets. Une autre voie est celle d'une pédagogie renforcée et d'une meilleure transparence des décisions.
- [575] Les collectivités territoriales sont membres des instances de la CRSA. Le directeur de l'agence doit lui rendre annuellement compte de la politique régionale. S'agissant d'opérations structurantes de recomposition hospitalière, il apparaît normal qu'elles soient abordées dans ce cadre. Le sujet investissement devrait logiquement s'inscrire pour les mêmes raisons dans le rapport annuel de l'agence.
- [576] Mais le directeur de l'ARS pourrait également présenter chaque année, devant la formation spécialisée de l'offre de soins de la CRSA, les principaux projets d'investissement découlant du SROS, destinés à être inscrits tant dans le plan d'aide régional que national.
- [577] Les critères de choix arrêtés par l'ARS pour fixer ses priorités d'aide à l'investissement, la procédure et les critères d'instruction devraient être affichés. L'objectif est de faire apparaître dans l'espace public, notamment de la CRSA, les principales priorités du régulateur, la motivation de ses choix et les réalisations bénéficiant d'aides régionales et nationales, afin de dégager un consensus le plus large possible sur les investissements structurants pour la région.

Recommandation n°19 : Présenter annuellement les projets d'investissements structurants découlant du SROS devant les instances régionales de santé (ARS, DGOS)

5.2 La responsabilité de l'établissement doit être reconnue et confortée

5.2.1 L'hôpital doit conserver la propriété du patrimoine et la maîtrise d'ouvrage

- [578] Face à l'impossibilité pour le niveau national de gérer la propriété du patrimoine et la maîtrise d'ouvrage de tous les établissements publics, il serait contreproductif de céder aux tentations centralisatrices et d'aller à l'encontre du principe de subsidiarité qui a présidé à la loi HPST. L'activité de l'établissement de santé paraît trop intimement liée à l'organisation de son bâti et à son évolution pour qu'on puisse imaginer d'écarter ses équipes médicales, soignantes, administratives et techniques de la maîtrise de celui-ci.

5.2.2 L'hôpital doit garder la gestion de sa trésorerie

- [579] Dans cette même logique, l'hôpital doit conserver la responsabilité de sa gestion financière. Il faut éviter bien entendu, les aides en trésorerie inconditionnelles. La mutualisation des trésoreries, n'est pas seulement la marque d'un abandon de souveraineté. Elle recèle un risque d'aléa moral (*cf.* tome 2). Cette autonomie de l'hôpital dans la gestion de la trésorerie ne fait nullement obstacle l'émission d'emprunts groupés sur une base contractuelle.

5.2.3 L'hôpital doit assurer sa capacité future à investir

- [580] Le déficit réduit l'autonomie des établissements qui doivent consacrer leur énergie et leurs ressources à combler les insuffisances de financement plutôt que de monter des projets nouveaux.
- [581] L'insuffisance de la marge brute réduit la capacité de l'établissement de financer les investissements de son futur. Sans effort sur lui-même qui assure la protection de cette marge brute contre le dynamisme des autres sources de dépense, l'établissement voit se réduire sa capacité d'orienter ses activités selon ses souhaits. De même qu'un compartiment dédié de l'ONDAM est nécessaire pour préserver des possibilités de financement au niveau national, de même l'hôpital doit en quelque sorte sauvegarder ce qui lui permet de faire progresser sa CAF. Il doit arbitrer sa marge brute contre la progression des autres catégories de dépenses.

5.2.4 La gouvernance de l'hôpital doit être responsabilisée

- [582] Il y a nécessité d'un pilotage étroit et constant par la direction d'établissement des projets d'investissements. Le changement du directeur général ou du coordinateur du projet sont des facteurs de risque qui, s'agissant d'opérations majeures, devraient être intégrés dans la gestion RH. Étalés sur une dizaine d'année entre conception et livraison du projet, beaucoup de choix stratégiques sont décidés par les prédécesseurs qui n'en voient ni les succès ni les erreurs. Il est notamment important que les directeurs demeurent en poste autant que faire se peut dans les phases sensibles, notamment la définition du programme, afin de limiter le risque de modification de programme qui pourrait accompagner l'arrivée d'un nouveau responsable.
- [583] Plus généralement, l'investissement pâtit de l'absence de chaîne managériale, du niveau national jusqu'au niveau local, qui ne permet donc pas de partager les objectifs et les contraintes. En particulier, l'autonomie des hôpitaux n'a pas de contrepartie en termes de responsabilisation des chefs d'établissements puisque s'il arrivait qu'un chef d'établissement soit mauvais gestionnaire, mauvais investisseur, ou mauvais financier, il y aurait peu de chances qu'il en subisse les conséquences dans la suite de sa carrière.
- [584] Il importe que les décisions prises par le directeur, dont l'effet se manifeste en réalité sur plusieurs années postérieures, soient prises en compte dans son évaluation, de telle sorte que la traçabilité de sa gestion soit assurée d'une affectation à l'autre.

Recommandation n°20 : Assurer, dans la gestion de carrière des directeurs d'établissement, la traçabilité des décisions prises et de leurs conséquences ultérieures (CNG, ARS)

5.3 La place des ARS dans le dispositif de pilotage et de financement des investissements doit être confirmée et développée

- [585] Les ARS sont des établissements publics directement placés sous la tutelle du ministre de la santé et dont les directeurs généraux sont nommés par décret du président de la République en conseil des ministres. Cette situation juridique conforte largement les possibilités d'action de l'institution lorsqu'elle doit mettre en œuvre les politiques nationales de santé. Pour autant, les conditions dans lesquelles les ARS ont été amenées à se mettre en place ont sensiblement amenuisé leur marge de manœuvre. La Cour des comptes a signalé le caractère inadéquat et pointilleux de la tutelle qui est exercée sur les agences, situation qui retentit sur les rapports entre celles-ci et les établissements.
- [586] Les ARS ne peuvent bien entendu exercer leurs responsabilités que sous contrainte d'enveloppe budgétaire ; cette situation est préférable à ce que serait un dessaisissement de principe, une option pourtant bien souvent retenue dans l'histoire de l'administration sanitaire déconcentrée.

5.3.1 Les ARS doivent gérer sous contrainte d'enveloppe

- [587] Dans un contexte de rareté des ressources et de contrainte budgétaire forte pesant aussi bien sur l'assurance maladie que l'État, il est hors de question de reconnaître un droit au financement des projets. Les pouvoirs publics sont seuls à même de déterminer quel est le montant de l'enveloppe qui peut, une année donnée, être réservé aux investissements qui ne peuvent être couverts par les tarifs. Une hiérarchisation et une priorisation des projets est donc nécessaire aussi bien au niveau national que régional dès lors que l'enveloppe sera inférieure au montant des demandes d'aide même justifiées en elles même. Il faudra donc prendre rang pour accéder à un financement en aides de type budgétaire (subventions ou dotations) qui le plus souvent ne pourra être obtenu dans les premières années de la demande, nécessitant peut être de faire évoluer celle-ci. Le caractère cyclique, qui entraîne des effets indésirables, doit être abandonné, mais le financement extratarifaire des investissements demeure nécessaire.

5.3.2 Les ARS doivent être beaucoup plus sélectives dans les décisions d'aides qu'elles prennent ou dans celles qu'elles proposent

- [588] Le recours à des financements extra tarifaires ne peut être justifié que si les opérations aidées aboutissent à une recomposition de l'offre de soins et non à des rénovations courantes pouvant être assumées via les tarifs. La rentabilité des opérations ne doit jamais être perdue de vue de manière que la situation financière de l'établissement ne soit pas pire après l'intervention de l'opération d'investissement qu'avant.
- [589] Un cas particulier peut être fait pour les hôpitaux qui dépourvus de ressource sont confrontés à des problèmes massifs de mise aux normes antisismiques ou de désamiantage également massif ou de lendemains de catastrophes naturelles ou industrielles. Ces opérations relèvent bien entendu d'un niveau national d'aide et de décision. Encore conviendra-t-il de s'assurer que les reconstructions permettront de créer un établissement plus efficace et conforme aux normes de l'heure et non pas la reproduction à l'identique des anciens bâtiments. De même pour les établissements qui se sont enfoncés avec insistance dans des situations financières extrêmement compromises, conviendra-t-il dans les cas où la reconstruction ne pourrait pas être différée, de s'assurer d'un retour rapide à une gestion saine, afin d'éviter le risque évident de prime à la mauvaise gestion et aux coups partis. C'est le rôle de l'ARS en ce cas de proposer la bonne décision et de veiller à ce qu'elle soit exécutée.

5.3.3 Les ARS doivent cependant préserver une marge de manœuvre annuelle

- [590] Pour préserver leur marge de manœuvre annuelle, les ARS doivent utiliser les augmentations de dotations qui interviennent chaque année et redéployer les crédits précédemment alloués dans la mesure du possible, compte tenu des ponctions opérées par le niveau national sur l'enveloppe de crédits dont elles disposent.
- [591] S'agissant des opérations d'aide à l'investissement hors enveloppes nationales, qui sont appelées à être la règle, les ARS doivent pouvoir redégager une marge d'aide à l'investissement. Certaines d'entre elles ont pu constituer une marge conséquente ces dernières années :
- en redéployant et préservant des crédits d'AC constitués au moment du partage initial des crédits entre MIGAC et tarifs, et en récupérant chaque année une partie des dotations allouées aux établissements. Il est vrai que la non reconduction des bases des enveloppes régionales d'une année sur l'autre, fréquemment pratiquée ces temps-ci réduit à due concurrence les possibilités des ARS ;
 - en utilisant l'accroissement annuel des dotations régionales même lorsque celles-ci ont préalablement subi une refaçon.
- [592] La DGOS rappelle dans sa circulaire sur la campagne tarifaire 2012 que la délégation de crédits AC « gagne à être gérée en base zéro ». La renégociation à venir des CPOM est aussi l'occasion de rebalayer toutes les aides attribuées. Un des enjeux sera de récupérer les aides à la contractualisation données pour des projets qui n'ont pas été réalisés et à moyen terme (à partir de 2023 pour les aides en investissements immobiliers, mais dès 2011 pour les aides en investissements informatiques et 2009 pour les aides en équipements médicaux) de reprendre les engagements arrivant à échéance. Au-delà des dotations en AC, certaines dotations en MIG (mais pas toutes) peuvent également être redéployées.
- [593] La ministre de la Santé a annoncé vouloir redéfinir la ligne de partage entre financement par les tarifs (le 100 % T2A instauré depuis 2009) et le financement de type budgétaire d'un socle qui pourrait entre autre incorporer les actuels financements en AC de l'investissement. Cette évolution pourrait éventuellement contribuer à redonner de la marge d'action aux ARS. Elle limiterait l'impact de l'évolution de l'activité des établissements sur leurs recettes totales. Elle rendrait nécessaire de compléter les estimations de rentabilité par augmentation de recettes d'activité par d'autres formes de calcul de manière à ne pas dispenser les établissements de calculer l'impact économique de leurs décisions d'investissement.

5.3.4 Les ARS doivent disposer d'un éventail interne de projets d'investissement analysés et hiérarchisés par priorités

- [594] Les ARS, pour remplir leur rôle de force d'analyse et de proposition, doivent établir un éventail d'opérations d'investissement techniquement et financièrement documentées, régulièrement actualisées et hiérarchisées par priorités. Il s'agit d'une procédure opérationnelle :
- d'une part, ce panel interne de projets d'investissement n'a aucune valeur d'engagement vis-à-vis des établissements ou des différents acteurs régionaux. Il s'agit pour le DG d'ARS de se tenir prêt à réagir aux opportunités financières même rares qui pourraient résulter des enveloppes annuelles en disposant d'un nombre peu élevé de projets et de variantes, conformes au SROS, restructurants, garantis par un business plan validé. Ces projets devraient pouvoir utiliser suffisamment rapidement les crédits alloués qu'on peut supposer suffisamment rares pour ne pas être attribués à des projets insusceptibles d'aboutir dans la période alors que d'autres établissements auraient été en mesure de le faire ;

- d'autre part, ce panel de projets n'est pas un schéma directeur immobilier régional tel que l'intérêt en est évoqué au ministère de la Santé ou dans certaines ARS. De tels schémas directeurs immobiliers présentent par eux-mêmes un intérêt dans la mesure où ils comporteraient une vue exhaustive de la situation physico-financière du patrimoine aussi bien public que privé de l'ensemble des établissements de santé, et une indication de son évolution envisagée. Ils ont comme prérequis que les établissements aient eux-mêmes réalisé leur propre schéma directeur, ce qui est loin d'être le cas, et que les ARS en aient réalisé la consolidation en un seul ensemble devant être mis à jour perpétuellement. Si souhaitable que puisse être cette occurrence, elle risque de se révéler trop consommatrice d'énergie et de main d'œuvre.

[595] Il s'agit au contraire de disposer d'un ensemble d'alternatives pouvant éventuellement être présentées aux financements nationaux, selon les priorités fixées par ceux-ci en incorporant une réflexion et une vision territoriale des besoins en offre de soins et, en conséquence, une approche modulable selon l'évolution des acteurs sanitaires, des capacités, des autorisations et donc des investissements structurels induits sur le territoire.

5.3.5 Les ARS doivent assurer leur rôle en première ligne obligatoire de l'expertise, y compris dans le cadre des procédures de validation nationale

[596] Ainsi que cela a été développé précédemment, l'ARS a une vue transversale et territoriale de la situation des établissements. En tant que régulateur territorial de l'offre de soins et que tutelle budgétaire, elle dispose d'une vue complète et approfondie des territoires de la région. Au-delà du cadre formel donné par l'un ou l'autre outil, elle est en mesure de se prononcer sur l'aptitude véritable de telle ou telle équipe à soutenir un projet, et à procéder avec succès à des recrutements. Elle aperçoit mieux que chaque établissement pris individuellement quel est l'équilibre véritable qui peut s'établir entre les différents acteurs de l'offre de soins. Elle est dotée des moyens nécessaires pour faire respecter ses arbitrages territoriaux, et ne se confond pas avec les établissements situés sur son territoire, qu'elle soutient ou non en fonction des efforts que ceux-ci font pour assurer leur équilibre et respecter les orientations du SROS. Cette connaissance à la fois fine et globale n'existe pas à d'autres niveaux. L'écarter reviendrait à démanteler les possibilités d'une régulation régionale et cela encore plus si des décisions positives devaient intervenir en contradiction avec les objectifs du SROS.

[597] L'ARS est en quelque sorte gardienne de la cohérence et doit continuer à exercer ce rôle, y compris dans des contextes contraints et centralisateurs. L'ARS doit donc être la première ligne obligatoire de l'expertise. En particulier, les demandes contraires au SROS ou de nature à fragiliser l'établissement ne devraient pas être évoquées au niveau national.

Recommandation n°21 : Conserver la place des ARS en première ligne obligatoire de l'expertise même pour les dossiers évoqués dans les procédures nationales. Conforter leur rôle de force d'analyse et de proposition (ARS, ministère de la Santé, CGI)

5.4 L'ANAP doit être renforcée dans ses compétences techniques, se positionner en accompagnement des établissements et des ARS, mais elle doit être limitée à un rôle d'expertise

5.4.1 L'ANAP est la seule entité nationale crédible en termes de compétences sur l'ingénierie et l'immobilier, mais doit les renforcer

- [598] Quelles que soient les discussions sur les différents rôles de l'ANAP et leur compatibilité entre elles, l'agence demeure la seule entité des paysages administratif et privé à être susceptible de répondre à la double exigence de l'indépendance par rapport aux projets d'investissements soumis et de la compétence technique sur l'ingénierie et l'immobilier.
- [599] L'hypothèse d'intégrer ces compétences à la DGOS risque fort, aux yeux de la mission, de diluer ces compétences dans les autres missions et priorités de cette direction et au final de les appauvrir encore davantage. Cette intégration renforcerait les critiques tendant à exclure la possibilité d'une expertise indépendante dans le champ du ministère de la Santé.
- [600] La mission est donc partisane d'un renforcement de l'ANAP sur sa mission d'investissement. Comme exposée *infra*, ce renforcement se ferait sur deux plans :
- en se positionnant sur un accompagnement en tant que de besoin des établissements et des ARS par la constitution d'un réseau d'experts inter-régionaux (fonction de conseil) ;
 - en recrutant deux ETP, par redéploiement de poste entre les différentes missions de l'ANAP, de personnes compétentes techniquement sur l'ingénierie et l'immobilier en vue de réaliser une contre-expertise dans l'instruction nationale des projets d'investissement (*cf. infra* sur la nouvelle procédure impliquant le CGI) (fonction d'expertise).
- [601] Une certaine indépendance entre ces deux fonctions doit être rendue possible par le fait que les ressources employées dans la fonction d'expertise n'interviennent pas dans la fonction de conseil et sont distinctes des ressources employées sur cette dernière fonction.

5.4.2 Fonction conseil : nécessité d'un réel accompagnement méthodologique et technique des établissements et des ARS par un pool de référents interrégionaux rattachés à l'ANAP

- [602] La MEAH, plus que la MAINH, réalisait un accompagnement direct des établissements, qui pouvaient la solliciter librement. La MEAH étant alors dans une pure position d'expertise, n'était pas mêlée à des instances nationales de suivi individuel, tel le comité de suivi des risques financiers, de sorte qu'il en résultait une relation de confiance avec les établissements de santé qui souhaitaient pouvoir bénéficier d'audits sans que ceux-ci prennent nécessairement une couleur tutélaire.
- [603] Indépendamment du mode d'intervention de la MeaH dans ses projets d'accompagnement, les ARS et les établissements rencontrés par la mission ont manifesté le regret de ne pouvoir disposer d'une instance pouvant être sollicitée en tant que de besoin pour fournir une expertise technique.

5.4.2.1 L'ANAP doit constituer un pool de référents interrégionaux, travaillant dans les établissements et pouvant être saisis par les ARS ou les établissements dès les phases de préprogramme et de programme

[604] Le premier besoin d'accompagnement se situe dans la phase d'élaboration du préprogramme et du programme. Ainsi, l'ANAP⁹⁶ pourrait constituer un pool de 5 à 6 ingénieurs hospitaliers référents interrégionaux qui effectueraient une vacation par semaine auprès de l'ANAP, seraient rémunérés par celle-ci, et qui pourraient être saisis en tant que de besoin par les établissements de santé et les ARS⁹⁷ sur les phases de préprogramme et de programme, ou de pilotage de la maîtrise d'ouvrage. L'examen du projet de programme d'un projet par l'un de ces référents interrégionaux, dès lors que la demande est formatée en fonction des critères proposés *supra*, peut se faire en quelques heures et a un impact potentiellement grand sur le dimensionnement, l'organisation et la réalisation du projet. Ces référents, exerçant essentiellement au sein des CHU, sont aisément identifiables.

[605] Pour que l'efficacité de l'accompagnement soit maximale, ils doivent être consultables en tant que de besoin par tous les établissements, publics et privés, et les ARS. En particulier, il ne paraît pas souhaitable que les établissements ne puissent avoir un accès direct à ces experts et soient contraints de passer par les ARS ou la DGOS, il en va de la relation fiduciaire entre l'établissement sollicitant l'aide et le référent sollicité.

Recommandation n°22 : Constituer un pool de 5 à 6 ingénieurs hospitaliers référents interrégionaux, en vacation auprès de l'ANAP, consultables en tant que de besoin par les établissements et les ARS sur des projets d'investissement en phase d'étude (ANAP, DGOS, SG)

5.4.3 Fonction d'expertise : l'ANAP doit se renforcer

5.4.3.1 Deux ETP compétents techniquement sur l'ingénierie et l'immobilier pour réaliser la fonction d'expertise

[606] L'ANAP n'a que très peu de ressources réellement compétentes techniquement sur les sujets d'investissement, d'ingénierie et d'immobilier, en tout cas pas autant que nécessaire si elle souhaitait vraiment s'impliquer sur le sujet et être correctement dimensionnée au regard des enjeux.

[607] La mission suggère qu'elle recrute des compétences propres, par redéploiement de postes entre ses missions au profit de la mission immobilier/investissement, afin qu'elle puisse faire rentrer dans son vivier des personnes compétentes techniquement, qui viendraient vraisemblablement du milieu hospitalier, ou de gestionnaires privés de foncier hospitalier. Il s'agirait de deux ETP.

[608] Ces personnes seraient chargées de la fonction d'expertise susceptible d'être demandée à l'ANAP au niveau national, notamment dans le cadre de la procédure du CGI (*cf. infra* 5.6.).

[609] Pour garantir l'absence de conflit d'intérêt, ces personnes seraient soumises aux déclarations d'intérêts d'usage et, en outre, ne seraient en aucun cas impliquées dans le rôle de conseil mentionné *supra*.

⁹⁶ Il n'est pas ici question de reproduire le schéma du recours aux consultants extérieurs, comme ce fut le cas pour les projets performance.

⁹⁷ Formellement, il serait nécessaire de modifier la loi pour que lesdits référents, rémunérés par l'ANAP pour ces vacations, puissent accompagner également les ARS (amendement PLFSS 2014).

5.4.3.2 Création et animation d'un réseau technique sur l'ingénierie et l'immobilier

[610] Par ailleurs, ces personnes seraient chargées de la création et de l'animation d'un réseau technique d'ingénieurs hospitaliers sur les questions techniques de l'ingénierie et de l'immobilier.

[611] En effet, à ce jour, cinq sujets au moins requièrent une expertise que ne possèdent pas l'ANAP, ni, à l'heure actuelle, la DGOS :

- la production des outils sur l'immobilier, l'ANAP ayant souvent plus d'appétence pour l'organisation du processus de production, que pour la matière technique proprement dite ;
- l'appui au ministère de la Santé sur les travaux d'édiction de nouvelles normes engagés par d'autres ministères, dans des conditions telles que certaines normes (incendies, électricité, *etc.*) sont décidées sans que le secteur hospitalier ne soit représenté et s'imposent alors qu'elles peuvent être inadaptées à la spécificité du bâti hospitalier et de son usage ;
- l'évaluation des conséquences de changement de normes tant dans le registre sanitaire que dans le registre technique ;
- l'appui au maître d'ouvrage pour des projets exceptionnels (technicité, finance, innovation) ;
- l'accompagnement de l'évolution des métiers techniques à l'hôpital.

[612] L'animation au niveau national de ce réseau d'experts serait effectuée par l'ANAP, dans un groupe de travail constitué de tout ou partie desdits ingénieurs hospitaliers, et éventuellement de compétences extérieures (médecin, maître d'œuvre privé, *etc.*).

[613] Ce groupe de travail aurait également la charge :

- du suivi et de l'évaluation de la modernisation du parc immobilier des établissements de santé ;
- de formuler des recommandations stratégiques sur le pilotage de la connaissance du patrimoine et sur la stratégie immobilière ;
- de formuler des avis sur les textes normatifs ayant des incidences sur la construction l'entretien et la maintenance des bâtiments qu'ils émanent du ministère de la Santé ou des autres ministères.

Recommandation n°23 : Recruter à l'ANAP 2 ETP compétents techniquement sur les sujets immobiliers et ingénierie, par redéploiement de poste entre les différentes missions, pour remplir la fonction d'expertise (ANAP, DGOS). La recommandation de constitution d'un pool d'experts interrégionaux demeure toutefois prioritaire.

Recommandation n°24 : Constituer un réseau technique de l'immobilier, animé par l'ANAP et constitué d'ingénieurs hospitaliers (ANAP, DGOS)

5.4.4 L'ANAP doit rester dans un rôle de conseil et d'expertise et ne doit pas être sollicitée dans un rôle de pilotage

- [614] La mission souligne un mélange des missions peu bénéfique. Par exemple, l'ANAP a participé à des instances décisionnaires (comité national de validation, comité de suivi des risques financiers) et se voit parfois confier des rôles de pilotage. De son côté, la DGOS a parfois développé des outils⁹⁸ relevant clairement des missions de l'ANAP.
- [615] Il importe que l'ANAP demeure strictement dans son rôle d'expertise et de conseil et ne soit pas mise dans une situation de pilotage ou de décision, sans quoi elle ne pourrait constituer ni une expertise de qualité, ni une expertise indépendante, et elle ne pourrait pas non plus accompagner, en direct, les établissements en tant que de besoin. Si l'ANAP doit pouvoir réaliser une contre-expertise indépendante dont l'avis est rendu dans telle ou telle instance décisionnaire, il importe donc notamment qu'elle n'en soit pas membre.
- [616] Enfin, il est souhaitable que soient soigneusement distingués les rôles de maîtrise ou tutelles budgétaires et ceux d'appui à la performance ou à l'efficacité que recherchent les établissements confrontés à la contrainte budgétaire.

5.5 La DGOS doit se repositionner sur le pilotage des sujets immobiliers et endosser pleinement son rôle de pilotage

5.5.1 La DGOS doit reprendre pied sur les sujets immobiliers

- [617] L'ancienne direction des Hôpitaux, précédant la DHOS, disposait jusqu'au début des années 1990 d'un service consacré à l'investissement et à l'immobilier. Si l'existence d'une sous-direction dédiée à ce sujet ne semble pas devoir être débattue dès lors que la politique d'investissement est, bien que partiellement, déconcentrée aux ARS, la DGOS ne dispose plus aujourd'hui de ressource suffisante sur les sujets techniques d'immobilier et d'ingénierie, de sorte qu'elle n'est, par exemple, pas à même de répondre aux sollicitations des ARS ou des établissements, sur ces sujets.
- [618] Sans reconstituer une équipe entière, la DGOS devrait recruter une personne ressource compétente techniquement sur les sujets immobilier et ingénierie. Le ministère de la Santé n'est en effet pas représenté aux travaux préalables à l'édiction de nouvelles normes (incendies, électricité, etc.), de sorte qu'elles sont décidées sans que le secteur hospitalier ne soit représenté alors même qu'elles peuvent s'avérer inadaptées à la spécificité du bâti hospitalier et de son usage. La personne ressource à la DGOS aurait à son appui le groupe de travail de l'ANAP mentionné *supra* au 5.4.3.2.

5.5.2 La DGOS doit disposer d'une ressource sur les sujets financiers

- [619] Compte tenu des nouvelles problématiques, notamment les emprunts structurés et les non-renouvellements de lignes de trésorerie, qui nécessitent des compétences financières pointues, il apparaît nécessaire que la DGOS se dote d'un référent bancaire et financier, à la fois pour maîtriser au titre du ministère de la Santé le pilotage, pour faire comprendre au sein de ce ministère les logiques et contraintes internes du secteur bancaire et pour répondre en temps réel aux établissements et aux banques confrontés à un risque d'incident de paiement.

5.5.3 La DGOS assume son triple rôle de pilotage national de l'offre de soins hospitalière, de financement des établissements et de réglementation

⁹⁸ Construction d'un référentiel pour l'analyse comparative du retour sur investissement de projets hospitaliers, Bearing Point pour la DGOS, février 2012.

- [620] Elle ne peut assumer ce rôle très important qu'en s'appuyant sur le niveau régional qui doit être l'effecteur des politiques nationales.
- [621] La DGOS doit bien entendu s'appuyer sur l'ANAP pour expertiser le juste coût technique et l'ingénierie des projets d'investissements. Pour autant, l'ANAP n'a pas une position ni une légitimité telle qu'elle puisse sortir de son rôle d'accompagnement technique. Aucune base législative ou réglementaire ne lui permet de se substituer à l'administration centrale ou à la tutelle des établissements pour procéder à des actions de maîtrise budgétaire. Elle ne peut donc se voir déléguer des tâches qui relèvent de l'État ou de ses représentants.

5.6 Le nécessaire accompagnement national pour les grands projets ne doit pas aboutir à la centralisation de la plupart des décisions d'investissement

- [622] L'article 17 de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2012-2017 entend répondre aux nécessités d'être plus sélectif sur les projets d'investissement retenus pour aide et d'être plus rigoureux dans l'évaluation des projets pour s'assurer de la justesse du projet au regard de l'organisation de l'offre de soins, de son business plan et de son ingénierie. L'article 17 innove dans un cadre commun à l'État, à ses établissements publics et aux établissements publics de santé. Cet article prévoit une procédure d'évaluation spécifique des investissements, confortée par une contre-expertise indépendante et un avis du Commissariat général de l'investissement (CGI) pour tout projet dont le montant est supérieur à un seuil fixé par décret.
- [623] Le ministère de la Santé a entrepris de constituer un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), regroupant les compétences exercées jusque là par le comité de suivi des risques financiers sur le retour à l'équilibre des établissements en difficulté et celles relatives à la validation des projets d'investissement dès lors qu'une aide nationale est sollicitée.
- [624] Il est donc retenu que le COPERMO sera l'instance où seront confrontées l'évaluation et la contre-expertise et qu'il gèrera à la fois les dossiers relevant de l'article 17, ainsi que les projets d'investissement sollicitant une aide nationale mais ne relevant pas de la procédure de l'article 17 en raison de leur coût total.

5.6.1 L'évaluation socio-économique doit se focaliser sur le système de soins

- [625] L'évaluation, dite socio-économique, devrait, selon la mission, porter sur :
- l'opportunité du projet dans l'organisation de l'offre de soins, en termes de nature d'activité et de dimensionnement capacitaire ;
 - la conception technique du projet (modularité, superficies, fonctionnalité, *etc.*) ;
 - le *business plan* du projet et sa soutenabilité financière en exploitation.

[626] La mission souhaite attirer l'attention sur le risque que peut revêtir une approche de l'évaluation socio-économique comme elle est appréhendée par exemple dans le cadre de projet d'infrastructure de transport, où le projet est susceptible d'avoir des externalités économiques, notamment en termes d'emploi. Le secteur hospitalier a ceci de particulier que son exploitation pèse sur les deniers de la Sécurité sociale dont le déficit est toujours présent, et que l'indispensable poursuite des objectifs de restructuration de l'offre de soins est parfois contradictoire avec la recherche d'externalités économiques. Il ne semble pas opportun à la mission de prendre en compte ces externalités dans l'évaluation socio-économique qui devrait donc ne considérer que le seul système de soins.

5.6.2 Nécessité d'une évaluation par l'ARS et d'une contre-expertise en ingénierie recourant, sinon à l'ANAP, du moins aux sachants exerçant dans son réseau

[627] Deux points majeurs semblent devoir être mentionnés s'agissant de la procédure.

[628] Tout d'abord, il est important que ce soit l'ARS qui soit en charge de l'évaluation, elle est, en effet, la mieux à même de juger de la pertinence du projet dans l'organisation de l'offre hospitalière du territoire (*cf. supra*).

[629] Ensuite, l'article 17 prévoit une contre-expertise indépendante vis-à-vis des projets d'investissement examinés. Celle-ci nécessite un trinôme réunissant les compétences d'organisation des soins, des compétences financières et des compétences d'ingénierie. Si les deux premières compétences peuvent assez aisément trouver à être recrutées dans la sphère publique, en revanche, les compétences d'ingénierie sont rares et n'existent guère qu'à l'ANAP. Bien que celle-ci se soit notoirement affaiblie sur le sujet, il devrait être possible de la renforcer par redéploiement de poste et recrutement de personnes techniquement compétentes, actuellement présentes dans les établissements hospitaliers ou dans les cabinets d'architecte. À défaut de fournir directement l'expert, l'ANAP pourrait orienter le CGI vers les sachants exerçant par exemple en CHU.

[630] L'hypothèse d'une contre-expertise par appel d'offres ne semble pas répondre à l'exigence d'indépendance, dans la mesure où le vivier de sachants, en dehors de la sphère publique, est très restreint et correspond précisément aux entités privées directement intéressées par la réalisation des projets d'investissements (foncières privées, AMO privées, *etc.*).

5.6.3 Le niveau du seuil de validation nationale après contre expertise devra certainement être relevé

[631] La LPFP 2012-2017 prévoit dans son article 17 qu'au delà d'un montant seuil qui devra être fixé par décret, les projets d'investissement de l'État, de ses établissements publics et des établissements publics de santé devront être soumis à contre expertise indépendante.

[632] Le seuil le plus fréquemment annoncé est de 50M€ Dans le secteur hospitalier, ce seuil correspond à des projets de taille moyenne, soit un seuil atteint par de petits projets. Dans une première liste de projets remontés des ARS à la DGOS au premier trimestre 2012, 41 dossiers sur les 86 pour lesquels on dispose d'un montant financier, étaient d'un montant supérieur à 50M€ et 21 étaient supérieurs à 100 M€ Ces dossiers n'étaient pas destinés au COPERMO, dont la création est survenue ultérieurement, mais ceci donne un ordre de grandeur des plus grosses opérations. Ce chiffre est un minorant, dans la mesure où il existe dans les ARS des dossiers de montants supérieurs à 50 M€ que les ARS n'ont pas estimé être en l'état de remonter au niveau national.

[633] De ce fait, deux risques sont à craindre, si ce niveau de seuil devait être retenu pour les établissements publics de santé :

- d'une part, le niveau national risque d'être rapidement surchargé. Le COPERMO aura de la difficulté à traiter de quarante à quatre-vingts dossiers en un temps qui ne rende pas obsolètes les dossiers déposés devant lui. L'allongement excessif des délais risquerait alors de décrédibiliser la procédure, et appellera sans doute une évolution, une fois les premières années passées ;
- d'autre part, l'évocation à un niveau national dans une mécanique centrale très ralentie comporte un risque de quasi-dessaïssissement du niveau régional.

[634] Il serait sans doute raisonnable qu'après un temps de mise en place destiné à créer un choc salutaire et à diffuser une pédagogie de la décision d'aide financière, que le seuil d'évocation évolue vers un niveau qui pourrait mieux correspondre aux capacités de traitement du COPERMO, peut-être situé entre 100 et 200M€ Ceci permettrait aux ARS d'opérer, sous contrainte d'enveloppe dès lors qu'elles auront apporté la démonstration de leur capacité d'être plus sélectives et éviterait au niveau national d'être constamment en première ligne même pour des dossiers de moyenne taille. Le renvoi systématique au niveau national peut induire une désresponsabilisation des ARS qui restent les mieux à même d'apprécier l'opportunité d'un projet au regard de l'offre de soins et prendre une décision en conséquence.

[635] Enfin, il faudra penser aux procédures qui devront être suivies pour les ESPIC et les établissements d'hospitalisation privée, qui ne sont pas visés par l'article 17 de la LPFP. Les cliniques privées demeurent pour la plupart d'entre elles plus petites que les hôpitaux publics ; cependant, un certain nombre d'entre elles peuvent de manière tout à fait justifiée promouvoir des projets de plus de 50M€ Bien que l'asymétrie de procédure soit ici justifiée par la différence de statut, il n'en demeure pas moins qu'à un niveau de l'ordre de 50M€ pour l'évocation des projets des seuls établissements publics de santé, la différence de traitement pour des investissements comparables et emportant de semblables conséquences en fonctionnement et en dépenses de l'Assurance maladie, sera considérable en termes de délais et de moins grande gêne opératoire.

[636] La centralisation des décisions d'aides qui se met en place est largement expliquée par les contraintes budgétaires et financières de l'heure. Sa prolongation dans le temps conduira rapidement à déterminer parmi ses rôles possibles, celui justifié sur l'instant de tempérer le flux d'investissement, de le lisser et de le rendre compatible avec les moyens de la collectivité, et celui beaucoup plus ambitieux à moyen terme de diffuser la pédagogie qui permette au secteur hospitalier de se développer dans l'équilibre.

Recommandation n°25 : Relever dès que possible le niveau du seuil défini en application de l'article 17 LPFP 2012-2017, en le fixant le niveau compte tenu de ce que le Copermo pourra raisonnablement traiter en un temps donné, et de ce que les ARS seront capables de financer dans le cadre de leur enveloppe budgétaire (ministère de la Santé, ministère de l'Économie, CGI).

Dr. Pierre ABALLEA

Patrice LEGRAND

Arnaud VANNESTE

Didier BANQUY

Pierre PAINAULT

LISTE DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Améliorer la connaissance statistique de la situation des cliniques privées et des ESPIC	DREES, DGOS, ARS, greffes des tribunaux de commerce
2	Abandonner les plans de financement à caractère périodique au profit d'un processus continu et pérenne d'aide à l'investissement	CGI, ministère chargé de la Santé
3	Mettre la marge brute non aidée et les indicateurs d'endettement au centre de la présentation du PGFP et prévoir la capacité de réaction de l'établissement aux écarts à la trajectoire	arrêté DGOS, établissements de santé, ARS
4	Élaborer un guide du PGFP et de ses attendus prioritaires	circulaire DGOS
5	Ne pas faire du ROI le critère unique de sélection ou d'allocation d'aide	CGI, ministère chargé de la Santé
6	Renforcer et diversifier les compétences des équipes des ARS sur les sujets immobiliers par redéploiement de postes	ARS, SG, DGOS
7	Confier à l'ASIP un rôle d'animateur de réseau des MOAR en vue d'assurer, dans la pratique, la convergence du DMP redéfini et des SIH	ASIP, DGOS, DSISS, ARS
8	Actualiser la tarification des actes d'imagerie et de radiothérapie pour prendre en compte les évolutions des recommandations des sociétés savantes sur la pertinence des actes et reprendre la feuille de route de la radiothérapie	HAS, CNAMTS, ministère de la Santé
9	Poursuivre les travaux d'amélioration de l'ENCc dans la prise en compte des coûts d'investissement	ATIH
10	Calculer le niveau d'endettement soutenable à partir de la marge brute non aidée et en déduisant le niveau d'investissement courant incompressible	décret, DGOS, DGFIP, ARS, établissements de santé
11	Fixer dans les CPOM des objectifs ambitieux de taux de marge brute <u>non aidée</u> pour amener les établissements à un niveau leur permettant de couvrir l'investissement courant et le service de leur dette, et d'accroître ainsi leur capacité d'autofinancer les investissements sans dépendre des aides financières	Circulaire DGOS, ARS, établissements de santé
12	Optimiser le BFR pour le ramener au niveau du BFR cible de sécurité, sur la base de l'outil développé par l'ARS Rhône-Alpes	Circulaire DGOS, ARS, établissements de santé

13	Conditionner le versement des aides financières à l'atteinte d'objectifs de gestion ambitieux (marge brute non aidée, BFR, désendettement, <i>etc.</i>).	ARS, établissements de santé, circulaire DGOS
14	Inscrire les cliniques dans la régulation territoriale des soins et maintenir l'accès aux aides financières dès lors que cela permet une restructuration de l'organisation de l'offre de soins	ARS, ministère de la Santé
15	Dans l'attente d'une évaluation, limiter le recours au PPP et au BEH	ministère de la Santé, ministère de l'Économie
16	Annexer au CPOM un schéma directeur immobilier	décret, DGOS, ARS, établissements de santé
17	Introduire une validation du programme par l'ARS en amont du choix de la MOE ou du choix du groupement MOE et entreprises	établissements, ARS, DGOS, SG, loi
18	Mettre en place les indicateurs de suivi des phases d'étude du projet d'investissement immobilier	circulaire DGOS, ANAP
19	Présenter annuellement les projets d'investissements structurants découlant du SROS et leur avancement devant les instances régionales de santé	ARS, DGOS
20	Assurer, dans la gestion de carrière des directeurs d'établissement, la traçabilité des décisions prises et de leurs conséquences ultérieures	CNG, ARS
21	Conserver la place des ARS en première ligne obligatoire de l'expertise même pour les dossiers évoqués dans les procédures nationales. Conforter leur rôle de force d'analyse et de proposition	ARS, ministère de la Santé, CGI
22	Constituer un pool de 5 à 6 ingénieurs hospitaliers référents interrégionaux, en vacation auprès de l'ANAP, consultables en tant que de besoin par les établissements et les ARS sur des projets d'investissement en phase d'étude	ANAP, ministère de la Santé, SG
23	Recruter à l'ANAP 2 ETP compétents techniquement sur les sujets immobiliers et ingénierie, par redéploiement de poste entre les différentes missions, pour remplir la fonction d'expertise. La recommandation de constitution d'un pool d'experts interrégionaux demeure toutefois prioritaire.	ANAP, ministère de la Santé, SG
24	Constituer un réseau technique de l'immobilier, animé par l'ANAP et constitué d'ingénieurs hospitaliers	ANAP, DGOS
25	Relever dès que possible le niveau du seuil défini en application de l'article 17 LPFP 2012-2017, en le fixant compte tenu de ce que le Copermo pourra raisonnablement traiter en un temps donné, et de ce que les ARS seront capables de financer dans le cadre de leur enveloppe budgétaire	ministère de la Santé, ministère de l'Économie, CGI

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1 MINISTÈRES ET ADMINISTRATION CENTRALE

1.1 Premier ministre

Cabinet du Premier ministre

- M. Jean-Philippe VINQUANT, conseiller technique

Commissariat général à l'investissement

- M. Philippe BOUYOUX, commissaire général adjoint
- M. Jean-Christophe DANTONEL, directeur du programme santé et biotechnologies
- Mme Sylviane GASTALDO, chargé de mission
- M. Jean-Paul OURLIAC, chargé de mission
- M. Philippe PASCAL, chargé de mission
- M. François ROSENFELD, chargé de mission

1.2 Ministère de l'économie et des finances, ministère délégué chargé du budget

Cabinet du ministre délégué au Budget

- M. Pierre-Louis BRAS, conseiller spécial
- M. Pierre PRIBILE, conseiller technique

Direction du budget

- M. Camille PERRION, chargé de mission à 6BCS
- Mme Aude VALÉRY, chargé de mission à 6BCS
- M. Nicolas NOIRIEL, chef de bureau 6BCS
- M. Gautier BAILLY, sous-directeur de la 6ème

Direction générale des finances publiques

- M. Vincent MAZAURIC, adjoint au directeur général des finances publiques en charge de la direction de la gestion publique

Direction générale du Trésor

- M. Hervé de VILLEROUCHE, chef de service

Agence France Trésor

- Mme Maya ATIG, directrice générale adjointe
- M. Arnaud DELAUNAY, responsable de la trésorerie

1.3 Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la santé

- M. Jérôme CLERC, conseiller
- M. Christophe LANNELONGUE, conseiller chef de pôle

Comité de pilotage de la mission Pacte de confiance

M. Édouard COUTY, Président du comité de pilotage de la mission Pacte de confiance
Mme Claire SCOTTON, inspectrice des affaires sociales en mission auprès du comité de pilotage de la mission Pacte de confiance

Direction générale l'offre de soins

- M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général
- M. François-Xavier SELLERET, directeur général
- Mme Claire BOUINOT, chargée de mission à PF1
- M. Félix FAUCON, chef de service
- M. Hugo GILARDI, chef de bureau PF1
- M. Yannick LE GUEN, sous-direction PF
- M. Yann LEQUET, chargé de mission à PF1
- M. Yann LHOMME, adjoint au chef de bureau PF1
- M. Emmanuel LUIGI, adjoint au sous-directeur PF
- Mme Laetitia MESSNER, chef de la MSIOS
- M. Samuel PRATMARTY, adjoint à la sous-directrice de l'organisation de l'offre de soins
- Mme Magali TRIBODET, chargée de mission à PF1

Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

- M. Denis RAYNAUD, sous-directeur santé et observation de l'Assurance maladie
- M. Engin YILMAZ, chargé de mission

Direction de la sécurité sociale

- M. Thomas FATOME, directeur
- M. Jonathan BOSREDON, sous-directeur financement de la sécurité sociale
- Mme Céline FAYE, adjointe au chef de bureau 1A
- Mme Laure-Marie ISSANCHOU, chef du bureau 1A
- Mme Katia JULIENNE, sous-directrice du financement du système de soins

Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

- M. Denis MORIN, secrétaire général
- M. Olivier OBRECHT, responsable mission ARS offre de soins hospitalière performance
- Mme Valérie SAINTOYANT, responsable du suivi des ARS

2 ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ET ETABLISSEMENTS PUBLICS

ACOSS

- M. Pierre RICORDEAU, directeur général
- M. Benjamin FERRAS, directeur de cabinet
- M. Alain GUBIAN, directeur financier

ANAP

- M. Christian ANASTASY, directeur
- M. Alain ARNAUD, chargé de mission
- M. Christien BÉRÉHOUC, chef du pôle outils
- Mme Anabelle BILLY, chargée de mission
- M. Éric DELCROS, chargée de mission
- Mme Elisabeth JACQUELINE, chargée de mission
- Mme Alexandra LAM, chargée de mission
- M. Bruno ROSSETTI, directeur délégué au CHRU de Lille, expert en vacation auprès de l'ANAP

ASIP

- M. Jean-Yves ROBIN, directeur

ATIH

- M. Housseyni HOLLA, directeur
- Mme Nadine JACQUEMET
- M. Georges PERROT
- Mme Véronique SAUVADET

CNAMTS

- M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général
- Mme Véronique BESSE, chargée de mission
- M. Joël DESSAINT, agent comptable national
- Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- M. Jean-Philippe ROUX, chargé de mission

3 REPRESENTANTS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES PATIENTS

FEHAP

- M. David CAUSSE, coordonnateur du pôle santé-social, directeur du secteur sanitaire
- Mme Laetitia DUCOUDRÉ, chargée d'études financières
- M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général

FHF

- M. René CAILLET, responsable du pôle offre de soins, sanitaire et médico-sociale
- M. Guy COLLET
- M. Yves GAUBERT, responsable pôle finances
- M. Gérard VINCENT, délégué général

FHP

- M. David CASTILLO, chargé de mission
- M. Dominique COUDREAU, délégué général
- M. Michel COUHERT, directeur des affaires institutionnelles et de la stratégie
- M. Jean-Louis DUROUSSET, président
- Mme Elisabeth THOMÉ-GERTHEINRICHES, déléguée générale

FNCLCC

- M. Pascal BONAFINI, vice-président
- Mme Sandrine BOUCHER, directrice du département stratégie et gestion hospitalière
- Mme Pascale FLAMANT, déléguée générale

Collectif interassociatif santé (CISS)

- M. Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, chargé de mission
- M. Marc MOREL, directeur
- M. Christian SAOUT, président

4 ACTEURS PRIVÉS DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

Capio

- Dr Sveneric SVENSSON, *Head of BA*
- M. Philippe DURAND, directeur général délégué, directeur régional Lyon Est

- M. Giray TOZALGAN, directeur administratif et financier
- GECINA**
- M. Vincent MOULARD, directeur de l'immobilier de santé
 - M. Guillaume TRUONG, responsable des investissements

Générale de santé

- M. Pierre DUPÉRAT, directeur investissement
- M. Filippo MONTELEONE, directeur général délégué
- M. Giuseppe ZOLZETTICH, directeur immobilier

Groupe 6

- M. Alain EYRAUD, président

ICADE

- Mme Françoise DELETTRE, directeur des équipements publics et santé
- M. Thierry JEANSON, directeur du pôle expertise santé
- Mme Florence SEMELIN, directeur ICADE conseil
- Mme Sofi WALBAUM, directeur du développement santé

Médi-partenaires

- M. Frédéric DUBOIS, président

Vedici

- M. Jérôme NOUZARÈDE, président
- M. Laurent CHICHE, directeur général
- M. David SYLBERG, directeur administratif et financier

5 SECTEUR BANCAIRE

ACP

- M. Frédéric VISNOVSKY, adjoint au secrétaire général

Banque de France

- M. Jacques FOURNIER, directeur général statistiques

Banque postale

- M. Philippe WAHL, directeur général, président du directoire

BPCE

- M. Cédric MIGNON, directeur adjoint du développement
- M. Jean-Sylvain RUGGIU, directeur secteur public

CDC

- M. Benjamin DUBERTRET, directeur des fonds d'épargne
- M. Josselin KALIFA, adjoint au directeur des prêts et de l'habitat

Crédit agricole

- M. Bernard DELPIT, directeur finances groupe, membre du comité exécutif
- Mme Marie-Cécile JACQUET, secrétaire général finances groupe
- Mme Stéphanie RENAULT, responsable marchés secteur public et économie sociale

DEXIA

- M. Alain CLOT, directeur général délégué
- M. François LAUGIER, directeur financier

- M. Emmanuel MORITZ, directeur du crédit *risk management*

Natixis

- M. Alain GALLOIS, Global Head of Debt Platform
- M. Yves MILLARDET, banquier conseil service public
- M. Romain NETTER, Sovereign, Agency, Supra Origination
- M. Vincent MAREC, responsable animation Grands Comptes à Natixis Investment Partners

Société générale

- M. Jean-Pierre ROSELLO, directeur des marchés de l'économie publique
- M. Patrick SUET, secrétaire général adjoint

6 PERSONNALITES QUALIFIEES

- M. Jean-Louis B ONNET, ancien directeur de l'ARH Rhône-Alpes
- M. Paul CASTEL, ancien directeur général des hospices civils de Lyon
- Mme Virginie CAYRÉ, Inspectrice des affaires sociales
- M. Dominique COUDREAU, ancien directeur de la CNAMTS, ancien directeur de l'ARH de l'Île-de-France
- Dr Francis FELLINGER, co-auteur d'un rapport sur l'hôpital public
- M. Hubert GARRIGUE, ancien directeur général du CHU de TOURS
- M. Éric GISSLER, inspecteur général des finances, médiateur des emprunts à risque
- M. Vincent LE TAILLANDIER, ancien directeur de la MAINH
- M. Jacques MÉTAIS, ancien directeur de l'ARH d'Île-de-France
- M. Jean-Claude MOISDON, directeur de recherche à l'école des Mines de Paris
- M. Daniel NIZRI, Inspecteur général des affaires sociales ; radiothérapeute
- M. Julien SAMSON, ancien directeur général adjoint des HCL, ancien conseiller technique protection sociale à l'Élysée
- M. Guy VALLET, ancien directeur général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

7 ENTRETIENS REGIONAUX

7.1 Île-de-France

ARS Île-de-France

- M. Claude ÉVIN, directeur général
- Mme Andrée BARRETEAU, directrice de l'offre de soins et médico-sociale
- M. François CRÉMIEUX, responsable du pôle établissements de santé
- Mme Dorothee HÉNIN, chargé de mission
- M. Philippe LARIVIÈRE, chargé de mission

AP-HP

- Mme Mireille FAUGÈRES, directrice générale de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris
- Mme Carine CHEVRIER, directrice économique, financière, de l'investissement et du patrimoine
- M. David BENMANSOUR, directeur de l'AMOA
- M. Alain DUMAS, chargé des grands programmes
- M. Emmanuel QUISSAC, directeur adjoint à direction économique
- M. Jean-Claude RICHARD, chef du service sécurité et maintenance
- M. Philippe ROUVRAIS, chef de service à la direction économique

CH FOCH

- M. Sylvain DUCROSZ, directeur
- M. Jean-Claude HIREL, président

- M. Jean-Yves RIOU, directeur adjoint

CH Gonesse

- Mme Martine AUTRAN ; directrice des systèmes d'information
- M. Jean-Pierre BURNIER, directeur
- Mme Valérie GASSER, directrice des affaires financières
- M. Michel DEMARQUETTE, directeur des travaux
- M. Rachid RAMDANE, chargé de mission EPRD
- M. François VENITOLLO, président de la CME

CH Longjumeau

- M. Jean-François BOSLE, chargé de mission finances et contrôle de gestion
- M. Yves CONDÉ, directeur de la stratégie et des systèmes d'information
- M. José DA CUNHA, directeur patrimoine, logistique et travaux
- M. Éric GRAINDORGE, directeur général
- Dr Roland HELLIO, président de la CME du CH d'Orsay
- Dr Jean-Christophe PAQUET, président de la CME du CH de Longjumeau

CHU La Pitié-Salpêtrière

- Mme Édith BENMANSOUR, directrice des affaires financières
- M. Philippe GRENIER, directeur du CCM
- M. Michel KOMADA, chef du département cardiologie
- M. Jacques LÉGLISE, directeur général
- M. Didier MARCELIN, directeur des investissements
- M. Aurélien MAUGARS, chargé du pôle cardiologie

CHU Necker

- M. Nicolas BECHAUD, ingénieur des travaux
- Mme Laure BOQUET, directrice des finances et de la recherche
- M. Pierre CARLI, président de la CME
- Mme Séverine DELALANDE, adjointe à la directrice des finances
- Mme Sylvie ESCALON, directrice de la stratégie, des projets et du projet Laënnec
- Mme Fabienne MARION, coordinatrice générale des soins
- M. Serge MOREL, directeur général
- M. Yann RÉVILLON, responsable médical du bâtiment Laënnec
- Mme Sophie ROUGNON, représentante des usagers à la commission de surveillance du CH Necker Enfants malades
- M. Laurent VILLARD, directeur des investissements

CHS Ville Évrard

- M. Didier BOILLET, président de la CME
- Mme Elisabeth CHRÉTIEN, directrice des affaires financières
- M. Michel DERAM, directeur technique
- M. Guy de LUSSIGNY, directeur des systèmes d'information
- Mme Zeynab RIET, directrice générale

Clinique des Peupliers

- M. Thomas DIVISIA, directeur

7.2 PACA

ARS PACA

- M. Dominique DEROUBAIX, directeur général
- Jean-Marie COUËTDIC, chargé de mission questions économiques et financières
- Mme Sophie DOUTÉ, chargée de mission performance et qualité du système de santé

- Mme Martine RIFFART-VOILQUE, directrice patients, offre de soins et autonomie

CH Cannes

- M. Malik ALBERT, directeur administratif et financier, directeur des SI
- M. Jean-François LEFEBVRE, directeur
- Mme Martine REYMOND, directrice des travaux

CH Édouard Toulouse

- Mme Brigitte BECSANGELE, chargée de la sécurité
- Mme Laurence BOUDEREAUX, responsable de l'informatique
- Mme Valérie BOURGHOUD, responsable des services techniques
- Mme Arlette LAURIER, cellule marchés
- M. Guy MOULLEC, directeur général
- M. Dominique TESTARD, directeur administratif et financier
- Mme Dolores TORRES, présidente de la CME

CH intercommunal de Toulon – La Seyne s/ Mer

- M. Stéphane BOURCET, président de la CME
- M. Philippe BOURGINE, directeur des finances, du contrôle de gestion et de la performance
- M. Pierre COUPIER, directeur adjoint, responsable du pôle économique, technique et logistique
- M. Nicolas FUNEL, directeur adjoint
- M. Arnaud des LIONS, directeur des systèmes d'information
- M. Michel PERROT, directeur général

Hôpital Saint-Joseph

- M. Antoine DUBOUT, président de l'association et président de la fondation, président de la FEHAP
- M. Bernard MONIER, directeur général
- M. Florent ROVELLO, directeur général adjoint

Polyclinique du Parc Rambot

- M. Jean LACOSTE, président directeur général
- Mme Claire RAVIER, directrice générale
- M. RUINET, actionnaire et directeur financier
- M. SYLVAIN, assistant à la maîtrise d'ouvrage

7.3 Poitou-Charentes

ARS Poitou-Charentes

- M. François-Emmanuel BLANC, directeur général
- Mme Nathalie FOUCHÉ-CAILHBAUT, responsable du pôle établissements
- M. Gilles VIGNON, responsable du pôle appui à la performance

CH de Saintonge

- Mme Odile BERTRAND, directrice adjointe affaires générales relations avec les usagers
- M. Jean-Sébastien BORDE, président de la CME
- Mme Nathalie CHADEFFAUD, chargée de mission à la direction des soins
- Mme Laurence COULOUDOU, directrice adjointe chargé des affaires financières
- Mme Elisabeth DA CUNHA, directrice des soins
- M. Alain DEBETZ, directeur
- Mme Marie-Christine DUPUY, directrice des systèmes d'information
- M. Thierry JAUD, directeur des services techniques du CH St Jean d'Angély
- M. Philippe MARQUET, directeur des services techniques du CH de Saintonge
- M. Charles SURREL, responsable DIM
- M. Réjane VOLLETTE, attachée aux services financiers

CHU de Poitiers

- Mme Caroline CASTERAN, responsable marchés et budgets
- Mme Élodie CHAPEL, directrice de cabinet
- M. Bertrand DEBANNE, président de la CME
- Mme Urielle DESALBRES, directrice des affaires financières
- M. Jean-Pierre DEWITTE, directeur général
- M. Éric DUPEYRON, ancien responsable projets achats
- Mme Geneviève GACHARD-WAHART, ingénieure biomédicale
- M. Alain JOSSAUD, acheteur
- M. Thierry LEFEBVRE, directeur général adjoint
- M. Frédéric MARCHAL, directeur des constructions et du patrimoine
- M. Éric POTAUX, directeur des systèmes d'information et du dossier patient
- Mme Véronique PRATT, responsable du contrôle de gestion
- Mme Marinette SOULAT, attachée investissements et maintenance biomédicale et des consommables non stériles

Polyclinique de Poitiers

- Mme Valérie CARRAT, directrice
- M. Philippe CHARTIER, président du conseil de surveillance
- Mme Marion NALLET, responsable administrative et financière

7.4 Rhône-Alpes

ARS Rhône-Alpes

- M. Christophe JACQUINET, directeur général
- Mme Marie-Christine ALAMO-BOCCOZ, directrice adjointe de l'efficacité de l'offre de soins
- M. Yves DARY, responsable du pôle financement de l'offre de soins
- M. Christophe DUPAS, ingénieur régional de l'équipement
- Mme Céline VIGNÉ, directrice de l'efficacité de l'offre de soins
- M. Laurent ZANETTON, chargé de mission au pôle financement de l'offre de soins

CH Alpes Léman

- M. Bruno VINCENT, directeur général
- M. Vincent PÉGEOT, directeur financier

CHS Le Vinatier

- M. Sébastien BARTHÉLÉMY, directeur des systèmes d'information
- M. Gilles CHAMBRY, directeur des travaux
- Mme Carine MALLIET, attaché aux finances
- M. Hubert MEUNIER, directeur
- M. Christian POITRASSON, directeur des affaires financières
- M. Jean-Pierre SALVARELLI, président de la CME

CHU de Grenoble

- Mme Stéphanie FAZIL, responsable du pôle achat, patrimoine et travaux biomédicaux
- M. Jacques PASCALE, directeur du pôle achat, patrimoine et travaux biomédicaux
- M. Marc PENAUD, directeur général adjoint en charge de l'intérim
- M. Jean-Paul ROMANET, président de la CME

CHU de Saint-Étienne

- Pr Éric ALAMARIC, président de la CME
- M. Jean-Christophe BERNADAC, directeur des systèmes d'information
- M. Vincent BERNE, responsable des achats

- M. Frédéric BOYRON, directeur général
- Dr P BRUNEL, chef du service pharmacie
- M. Hervé CHAPUIS, directeur des achats et logistiques
- M. François CHORD, directeur des travaux et équipements
- Pr Pierre CROISILLE, chef du département imagerie médicale
- M. Bernard CROZAT, directeur général adjoint
- Pr Francis DUBOIS, chef de pôle
- Dr Valérie DUBOIS, chef du pôle pharmacie
- M. Nicolas MEYNIEL, directeur des affaires financières et du contrôle de gestion
- Dr Odile NUIRY, vice-président de la CME
- M. PÉLISSOU, ancien directeur des travaux et équipements
- M. Laurent POIRRIER, ingénieur biomédical
- M. Didier RENAUT, directeur délégué
- M. VERT, attaché aux affaires financières

Clinique du Tonkin

- M. Éric CALDERON, directeur
- Mme Catherine GALIN, directeur adjoint
- Dr Gérard GUICHARD, président de la CME
- M. Frédéric LASSALLE, directeur administratif et financier
- Mme Raphaëlle THOMAS, directrice des ressources humaines

SIGLES UTILISÉS

AC	Aides à la contractualisation
AMOA	Assistance à la maîtrise d'ouvrage
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements
AP-HM	Assistance publique des hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
BFR	Besoin en fonds de roulement
CAF	Capacité d'autofinancement
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHT	Communauté hospitalières de territoire
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre national de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAF	Dotations annuelles de financement
DB	Direction du Budget
DG	Directeur général
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Département d'Outre-mer
DREES	Direction de l'évaluation des études et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ENC	Etude nationale des coûts
ENCC	Etude nationale de coûts à méthodologie commune
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ESPIC	Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
FDR	Fonds de roulement
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fonds d'intervention régional
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupes homogènes de séjours
GMSIH	Groupement de modernisation du SIH
HAS	Haute Autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon
HL	Hôpital local
IGAS	Inspection générale des Affaires sociales
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MOA	Maîtrise d'ouvrage
MOAR	Maîtrise d'ouvrage régionale
MOE	Maîtrise d'œuvre
MOP	Maîtrise d'ouvrage public
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PACS	<i>Picture Archiving Computing System</i>
PDSH	Permanence des soins hospitalière
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PPP	Partenariat public-privé
PRS	Plan régional de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale
ROI	Retour sur investissement
SCI	Société civile immobilière
SDO	Surface dans oeuvre
SU	Surface utile
SIH	Système d'information hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Soins de Suite et de réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité

BIBLIOGRAPHIE

1 OUVRAGES ET NUMEROS SPECIAUX DE REVUES

1.1 Finances

- Claire BOUINOT, Benoît PERICARD : Les hôpitaux et l'investissement. LGDJ février 2010
- Dominique PELJAK : Traité de finances publiques hospitalières. Les études hospitalières Edition 2011
- Rémi PELET direction : Finances publiques et santé. Actes d'un colloque d'avril 2011 à Lille ; tient compte de la convention médicale de juillet 2011. DALLOZ 2011
- Pierre-Louis BRAS, Gérard de POUVOURVILLE, Didier TABUTEAU : Traité d'économie et de gestion de la santé Paris : Presses de Sciences PO-Editions de santé, 2009.
- Claire BOUINOT : Les origines du prix de journée dans les hôpitaux en France. Centre de gestion scientifique de l'école des mines de Paris.
- Alain SOMMER, Jacques GROLIER, Vincent DAVID : Réussir l'investissement hospitalier, Infodium éditions, 2012
- Bernard BONNO : La gestion active de la dette dans les établissements sanitaires et sociaux, ENSP éditions, 1999
- Aldo SEVINO, Camille MORCRETTE : Montages immobiliers publics Editions EFE 2011
- Fanny CHEVALLIER, Judith LEVITAN, Pascal GAREL : les hôpitaux dans les 27 pays de l'union européenne. DEXIA, HOPE, novembre 2008.
- Jean -Marc MOULIN : Le droit de l'ingénierie financière. Lextenso éditions 3ème édition Paris 2009
- Gérard de DARAN, Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD, Philippe PEYRET : la gestion financière pluriannuelle des investissements hospitaliers publics Presses de l'EHESP 2008
- Pierre VERNIMMEN, Pascal QUIRY, Yann LE FUR : Finance d'entreprise 2012
- Jacques GROLIER, Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD, Philippe PEYRET : EPRD Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé. Presses de l'EHESP 2009

1.2 Management

- Eric MARCON, Alain GUINET, Christian TAHON : Gestion et performance des systèmes hospitaliers. Hermès SCIENCE Lavoisier 2008

1.3 Soins et qualité

- Hervé LECLLET, Claude VILCOT : Qualité en santé 150 questions pour agir AFNOR 2007

1.4 Architecture

- F. CHAMPY, Architecture contemporaine et patrimoine. CNRS, CESTA, Les annales de la recherche urbaine, 1999, n°82.

2 REVUES ET PERIODIQUES : ARTICLES

- Philippe ESCOJIDO : Simplifier le respect des contraintes tutélaires. *Gestions hospitalières* n° 487 – juin/juillet 2009, pp 349 à 353
- Véronique PRATT, Nathalie BOIVIN : Pilotage de la masse salariale à l'activité : soutenir une dynamique de management de pôle par le pilotage de la masse salariale à l'activité, dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement. *Journal d'économie médicale* octobre-novembre 2010 –vol.28-n°6-7 pp 255-265
- Isabelle GUERRERO : Partenariat public/privé .Le cas de l'hôpital public. *Gestions hospitalières* mars 2009 pp147 à 152.
- Alain BRAILLON, Mireille CHABAUD-MAYER, Christian DOUCET : Certification des établissements ; pour une approche renouvelée. *Gestions hospitalières* avril 2009, pp 210 à 213.
- Fabien MARTINEZ, Adrien DOZOL, Céline LABALETTE, Roland RYMER, Marie-Christine MATHIEU-GRENOUILLEAU, Rémy NIZARD, Danielle CADET, Christophe SEGOUIN : Concilier efficacité, qualité des soins et satisfaction des professionnels. *Gestions hospitalières* n°487- juin/juillet 2009 pp354 à 361.
- Monique KERLEAU, Marc LE VAILLANT, Zeynep OR : caractéristiques régionales et structures de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi- niveaux. *Dossiers solidarités et santé*, n°2, avril-juin 2005.
- Zeynep OR, Thomas RENAUD, Laure COM-RUELLE : Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Document de travail IRDES n°25 Mai 2009
- Zeynep OR, Thomas RENAUD : Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multi-niveaux des données hospitalières. Rapport IRDES n°1177 décembre 2009
- Dossiers solidarité et santé n°9-2009 : Exploitation seconde de la base de l'étude nationale des coûts(ENC), DREES
- Etudes et recherches .document de travail n° 106 juillet 2011. Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Evelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPILET.
- Etudes et recherches. Document de travail n°97 mai 2010. Les impacts de la T2A sur les modes de fonctionnement des établissements de santé. Jean-Claude MOISDON, Michel PEPIN
- Dossiers solidarités et santé n° 12, 2009 La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées DREES.
- Linda H. AIKEN, Douglas M. SLOANE, Sean CLARKE, Lusine POGOSHYAN, Eunhee CHO, Liming YOU, Mary FINLAYSON, Masako KANAI-PAK, Yupin AUNG-SUROCH : *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries.* <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/4/357.abstract-aff-8#aff-8>
- L'intelligence communicationnelle interne, pour une synergie entre information et communication au sein de l'organisation : Frédéric ELY, 13M-Université du Sud Toulon Var ; Université de Nice Sophia Antipolis.
- A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? DREES, Etudes et résultats, n°754, février 2011
- Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers-comparaison entre deux spécialités, DREES, Etudes et résultats n° 794, mars 2012.
- Laurent FAUVET : Les médecins au 1^{er} janvier 2012- DREES collection études et résultats n°796-mars 2012.
- Localisation des professionnels de santé libéraux, in comptes nationaux de la santé. Collection Etudes et statistiques-DREES-2010.
- DREES-recueil d'indicateurs régionaux- offre de soins et état de santé.
- Le panorama des établissements de santé, DREES, édition 2011.

- M. COLDEFY, V. LUCAS-GABRIELLI : Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Pratiques et organisation des soins volume 41, n°1, janvier-mars 2012.
- *Exploring the relationship between costs and quality: Does the joint evaluation of costs and quality alter the ranking of Danish hospital departments?* HVNEGAARD A, RENDT JN, STREET A, Gyrd-HANSEN D, The European journal of health economics, VOL 12 N°6, December 2011.
- Vieillesse et dépenses de santé, Brigitte DORMONT, Conférence au Collège de France, Octobre 2010.
- Un décret encadre le recours à l'emprunt des hôpitaux, APM International, 2011

2.1 Finances Hospitalières

- XXXXX. Le Minéfi lance un audit de la gestion du patrimoine hospitalier. Finances hospitalières, Mars 2007, n°1
- XXXXX. Contrats de partenariat et BEAH : les leçons des premiers contrats d'un point de vue économique et financier, Finances hospitalières, Mars 2007, n°1
- XXXXX. La logique financière d'Hôpital 2012, Finances Hospitalières, Novembre 2007, n°4
- XXXXX. La MAINH a mis en ligne le dernier rapport de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, Finances Hospitalières, Juillet 2007, n°5
- P. Chapuis. Une technique d'évaluation du retour sur investissement : la valeur actuelle nette, Finances hospitalières, Juillet 2007, n°5
 - o SOMMER. Le directeur administratif et financier face aux projets informatiques, Finances hospitalières, Janvier 2008, n°11
 - o GEORGES-PICOT, P. AUMERAS. Comment améliorer la recevabilité de votre projet d'investissement aux critères du plan Hôpital 2012 ?, Finances hospitalières, Janvier 2008, n°11
 - o SOMMER. Le directeur administratif et financier face aux projets informatiques : la fin de projet, Finances hospitalières, Février 2008, n°12
- P. MERLE. Plan Hôpital 2012 : comment améliorer un dossier immobilier reporté pour « instructions complémentaires avec réexamen en CNV » ?, Finances Hospitalières, Octobre 2008, n°15
- P. MERLE. Une circulaire précise aux ARH les règles de financement applicables aux établissements, Finances Hospitalières, janvier 2009, n°21
- M. TREMEUR. La nouvelle agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Finances Hospitalières, Novembre 2009, n°28
- M. TREMEUR. Modernisation des hôpitaux du plan 2012 : appui, soutien, investissement, Finances hospitalières, Mars 2010, n°32
- J. GROLIER. Mesurer le retour sur investissement : le taux intégré, Finances hospitalières, Avril 2010, n°35
- J GROLIER. Mesurer le retour sur investissement : le taux intégré De l'analyse critique des outils traditionnels à la proposition d'une solution alternative, Finances hospitalières, Mai 2010, n°36
- J-B. MATTRET. L'investissement et la situation financière des établissements publics de santé, Finances hospitalières, Décembre 2010, n°42
- M. TREMEUR. Fixation d'allocation de ressources complémentaires, Finances Hospitalières, Février 2011, n°43
- SOMMER. Pourquoi ne faut-il pas toujours utiliser la VAN ou le TRI pour évaluer un projet d'investissement hospitalier?, Finances Hospitalières, Juin 2011, n°48
- J-B. MATTRET. Comment apprécier la rentabilité d'un investissement hospitalier ?, Finances Hospitalières, Juin 2011, n°48
- J-C DELNATTE. La détection et le traitement des situations de déséquilibre financier des établissements de santé, Finances Hospitalières, septembre 2011, n°50

- J-B. MATTRET. Comment financer les investissements publics hospitaliers : arbitrage entre fonds propres et emprunt ?, Finances Hospitalières, Septembre 2011, n°50
- J-C.DELNATTE. La nouvelle méthodologie de comptabilité analytique hospitalière, Finances Hospitalières, novembre 2011, n°52, p12
- M.TREMEUR. L'enquête relative aux emprunts et produits structurés, Finances Hospitalières, Novembre 2011, n°52
- L. BERNARD, P. TAFFUT. Quels outils pour déterminer l'utilité d'un investissement hospitalier ?, Finances Hospitalières, Novembre 2011, n°52
- M. TREMEUR. Le plus grand projet hospitalier à la dérive financière ?, Finances Hospitalières, Décembre 2011, n°53
- J-B. MATTRET. La fiabilisation des comptes hospitaliers, Finances Hospitalières, Décembre 2011, n°53
- M. TREMEUR. L'effort d'investissement de l'Etat consacré aux hôpitaux, Finances Hospitalières, Janvier 2012, n°54
- J. GROLIER. Performances financières comparées de projets d'investissements hospitaliers, mise en œuvre pratique des calculs, Finances hospitalières, Janvier 2012, n°54
- J. GROLIER. Performances financières comparées de projets d'investissements hospitaliers Exemple simplifié tiré d'un cas concret : le remplacement de la cuisine centrale de l'hôpital X, Finances hospitalières, septembre 2011, Février 2012, n°55
- H. ESTAT. L'élaboration du PGFP : estimation des produits et des charges, Finances Hospitalières, Avril 2012, n°57
- DEXIA. Note de conjoncture Finances hospitalières : Résultats 2010 et grandes tendances 2011, Finances Hospitalières, Avril 2012, n°57
- J-B. MATTRET. Critères du recours à l'emprunt, Finances Hospitalières, Juin 2012, n°59
- V. DAVID. Utiliser un outil pour calculer le retour sur investissement, Finances hospitalières, Juin 2012, n°59

3 RAPPORTS DE L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

- CUBAYNES Marie-Hélène, NOURY Didier, DAHAN Muriel, FALIP Hélène. : Le circuit du médicament à l'hôpital. Novembre 2011
- SCHECHTER François, DELNATTE Jean-Claude : Pratiques de la comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé. Avril 2011.
- BRAS Pierre-Louis, GOHET Patrick, LOPEZ Alain : L'information des usagers sur la qualité des soins dans les établissements de santé. Septembre 2010
- ZEGGAR Hayet, VALLET Guy, TERCRIE Oriane : Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Mai 2010
- BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles : Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Janvier 2010
- BRETON Thierry, LANNELONGUE Christophe, LEOST Hervé : Contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la TAA. Mars 2008.
- BOCQUET Pierre-Yves, BONNET Jean-Louis, LALANDE Françoise, SCOTTON Claire : Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? Mars 2012.
- ABALLEA Pierre, Bras Pierre-Louis, SEYDOUX Stéphanie, Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé. Janvier 2006
- MARSALA Vincent, GARRIGUE-GUYONNAUD Hubert, Mission d'appui et de conseil auprès du directeur général de l'ARS concernant le centre hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain. Janvier 2011

- LORRANG Fernand, PICARD Sylvain, Contrôle du centre hospitalier des Pyrénées à Pau, Avril 2005
- BLANC Patrick, VERDIER Amélie, DUHAMEL Gilles, DENECHERE Agathe ; Rapport sur les Agences Régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières, Avril 2007
- MERCEREAU François, BOUTEREAU-TICHET Sylvie, MAIGNE Gautier, GUILLAUME Henri, BERARD Marguerite, CLAVREUL Gilles, SARLAT Guillaume, Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières.
- ACKER Dominique, BENSADON Anne-Carole, CHAUMEL Delphine, LEGRAND Patrice, Mounier Céline, Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants, 2012
- BARTOLI Fabienne, DE BEAUCHAMP Hubert, DESTAIS Nathalie, YENI Isabelle.
- RAPPORT 2012 : inspection générale des affaires sociales janvier 2013

4 AUTRES RAPPORTS

4.1 Assemblée nationale

- Rapport de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux. Psdt M. Claude BARTOLONE ; M. Jean-Pierre GORGES ; députés. 6 décembre 2011
- Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner. M. Jean MALLOT, député Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale 26 mai 2010
- Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire, Ministère de l'emploi, du travail et de la santé.

4.2 Sénat

- Pour une gestion responsable de l'hôpital. MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU sénateurs. Mission de contrôle de la sécurité sociale 18 juin 2008
- Rapport d'information N° 686 de M. Jean-Jacques JÉGOU, Fait au nom de la commission des finances (1) sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) - juin 2011
- Rapport d'informations fait au nom de la commission des finances sur l'enquête de la Cour des comptes relative au patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins, Jean-Pierre Caffet (Sénat), 2012.
- Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales ar M. Alain MILON, Sénateur, relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux 19 décembre 2012.

4.3 Cour des comptes

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010. Chapitre XI : la situation financière des hôpitaux publics.
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010. Chapitre XII : La politique d'équipement en imagerie médicale.
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009. Chapitre VI : Plan hôpital 2007: la relance des investissements immobiliers. Chapitre V : l'organisation de l'hôpital.
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009. Chapitre IV : la fiabilité des comptes des hôpitaux.

- Rapport public thématique : L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » [2005-2010] décembre 2011
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012. chapitre XII les activités de soins de suite et de réadaptation
- Rapport public février 2012.
- Rapport public annuel 2013 : les téléservices publics de santé : un pilotage toujours insuffisant
- Rapport sur le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place 19 février 2013

4.4 Chambres régionales des comptes

- Chambre régionale des comptes de Bourgogne-Franche Comté : Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier régional universitaire de Dijon 26 septembre 2012
- Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-côte d'Azur : Rapport d'observations définitives sur l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille AP-HM, services et marchés publics informatiques (Bouches du Rhône) 8 février 2011

4.5 Haute Autorité de santé

- Manuel de certification des établissements de santé V 2010 Avril 2011

4.6 Autres

- Note sur la situation des établissements de santé, avril 2009, HCAAM, p129
- Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières/mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières, juillet 2011. DGOS.
- L'état de santé de la population en France-suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique-rapport 2011
- Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, avis n°101 Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, juin 2007
- Rapport de la mission « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » présenté par Nicolas BRUN, Emmanuel HIRSCH, Joëlle KIVITS. Janvier 2011
- Rapport Mission Hôpital public : Francis FELLINGER, Frédéric BOIRON Avril 2012

5 RECUEIL DE TEXTES ; CIRCULAIRES ; GUIDES

5.1 Agence nationale d'amélioration de la performance (ANAP)

- Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles MEAH février 2009
- Informatisation du circuit du médicament. Mise à jour 25/10/2011
- Répertoire des indicateurs de l'ANAP : piloter l'activité, mesurer l'efficience. Mise à jour 25/10/2011
- La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : MEAH avril 2008
- Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles observées MEAH septembre 2006
- Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Recueil de pratiques observées avril 2011
- Achats hospitaliers : démarches et pratiques organisationnelles. Mise à jour 25/10/2011

- **Synthèse du bilan H2007, aout 2009. ANAP préfiguration.**
- **Observatoire des coûts de construction, ANAP, juillet 2011**
- Rapport de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, MEAH, juin 2007
- Guide d'aide à l'investissement SIH, introduction, MAINH, janvier 2008
- Guide d'aide à l'investissement SIH, livret B – Mode opératoire du dossier projet standard, MAINH, janvier 2008
- Outil de pilotage technique du patrimoine hospitalier, notice de présentation et d'utilisation, MAINH, 2008
- Première contribution sur la relation investissement exploitation dans les constructions hospitalières publiques, MAINH, 2006,
- Première approche d'un référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé, MAINH, 2008.
- Le partenariat public-privé hospitalier, une première évaluation septembre 2007
- Rédiger un marché de conception-réalisation juin 2012

5.2 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Etude sur le pilotage des investissements par les établissements de santé, de la réflexion sur l'opportunité au suivi post investissement en passant par la décision, réalisé par le cabinet Kurt-Salmon, à paraître.
- Comité d'évaluation de la tarification à l'activité, document de travail, sous la présidence d'A. Coulomb, études et recherches, n° 76 – février 2008, DREES
- Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements, document de travail, Jean-Claude MOISDON, Michel PEPIN, études et recherches, n° 97 – mai 2010, DREES
- Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé, Document de travail, Malik Koubi, Annie Fenina, études et recherches, n° 118 – mars 2012, DREES
- La structure des charges et des produits des hôpitaux publics de 2002 à 2005, études et résultats, n°601, sept. 2007, DREES
- Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005, études et résultats, n°576, juin 2007, DREES
- En 2006, les hôpitaux publics en déficit, études et résultats, n°684, Mars 2009, DREES
- Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009, études et résultats, n°746, Janv. 2011, DREES
- Panorama des établissements de santé, édition 2010, études et statistiques, 2011, DREES
- Panorama des établissements de santé, édition 2011, études et statistiques, 2012, DREES

5.3 GMSIH

- **Guide d'évaluation du retour sur investissement V2, aout 2008.**

5.4 DHOS ; DGOS

- Circulaire DHOS/F n°2003-139 du 20 mars 2003 relative au plan d'investissement national « Hôpital 2007 ».
- Fiche de présentation du dispositif de distribution de l'enveloppe de prêts sur fonds d'épargne au secteur public local pour l'année 2012, DGOS, 2012
- Repères méthodologique en phase programmation, investissements hospitaliers, DHOS, 2010
- Circulaire DHOS/F2/2007/248 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan H2012

- Annexe 1- Cadrage administratif général du Plan Hôpital 2012
- Annexe 2 à la circulaire de lancement Hôpital 2012-Répartition de la première tranche de l'objectif d'investissement
- Annexe 3 - de la circulaire de mise en œuvre du Plan Hôpital 2012
- Méthodologie d'instruction des projets par l'ARH
- Annexe 4 – Dossier type indicatif de réponse à l'appel à projets
- Circulaire Interministérielle n°DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé
- Circulaire n° DHOS/F2/F3/2008/357 relative au financement en 2008 par le FMESPP des opérations d'investissement validées lors de la première fenêtre d'instruction du plan Hôpital 2012
- Circulaire n°DHOS/F2/2007/438 relative à la procédure de validation de projets au plan hôpital 2012.

5.5 ATIH

- Note d'analyse de la situation financière à fin 2010 des établissements de santé antérieurement sous dotation globale hors AP-HP, ATIH.
- Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, n°2011/9 bis, DGOS, 2012
- Echantillon ENC MCO, ATIH, 2011
- Les MIGAC dans l'ENC-MCO, ATIH, 2012
- Guide de l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune – MCO, ATIH, 2010
- Guide pratique d'utilisation du référentiel, données ENCC 2010, ATIH, 2010
- Guide technique présentant les modalités de calcul du référentiel national de coûts, données ENCC 2010, ATIH, 2011
- Note relative au lancement de la campagne ENC MCO portant sur les données 2011, ATIH, 2012
- Principaux résultats issus des données de coûts ENCC 2010, ATIH, 2011

5.6 IRDES

- Historique des réformes hospitalières en France, Mise à jour septembre 2011, IRDES, 2011
- Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, document de travail, Zeynep Or, Thomas Renaud, DT n°23, mars 2009
- Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France, document de travail, Zeynep Or, Thomas Renaud, Laure Com-Ruelle, DT n° 25, mai 2009

5.7 Autres

- Rapport de synthèse des travaux du groupe de travail « Investissement et gestion du patrimoine », Pôle finance et BDHF, 2012, FHF
- Evaluation des impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, Jean-Claude MOISDON, Michel NAKHLA, Michel PEPIN, Dominique TONNEAU, Ecoles des mines, Centre de Gestion Scientifique, Essor Consultant, 2006
- Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), Mars 2011, Eurostaff
- Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé, rapport sectoriel, édition 2012, FHP
- Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE 2011

- Plan hôpital numérique : propositions pour la mise en œuvre, Préparation COPIL, SIH n°4, 2011
- DELNATTE Jean-Claude, Le financement des établissements de santé, ppt.
- Conférence des CHU, Livre blanc des investissements des CHU 2002 - 2012 Etude descriptive et prospective, 2012



Inspection générale
des affaires sociales
RM2013-032P

Inspection générale
des finances
N°2012-M-072-02

Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier

TOME I VOLUME II ANNEXES

Établi par

Dr. Pierre ABALLEA
Patrice LEGRAND
Arnaud VANNESTE
Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Pierre COLLETTE
Stagiaire

Didier BANQUY
Inspecteur général des finances
Pierre PAINAULT
Inspecteur des finances

- Mars 2013 -

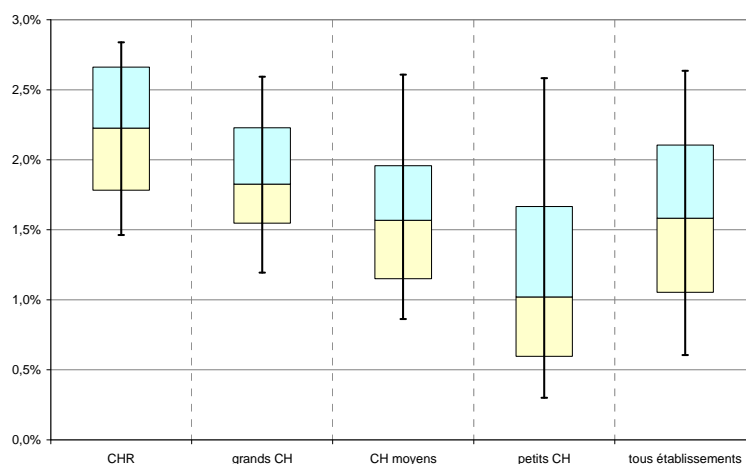
Sommaire

ANNEXE 1 : ESTIMATION DU BESOIN D'INVESTISSEMENT	5
ANNEXE 2 : LE PGFP	11
ANNEXE 3 : INDICATEURS DU RETOUR SUR INVESTISSEMENT	15
ANNEXE 4 : EVOLUTION DANS LE TEMPS DES OUTILS DE REGULATION ET DE FINANCEMENT : L'ABANDON DES LIMITATIONS CAPACITAIRES	21
ANNEXE 5 : LE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS INSUFFISAMMENT ORIENTE ET AIDE JUSQU'AU PLAN HOPITAL NUMERIQUE.....	31
ANNEXE 6 : LES POLITIQUES D'EQUIPEMENT EN MATERIEL, EN IMAGERIE MEDICALE ET EN RADIOTHERAPIE, CONTREDITES PAR L'ABSENCE DE REFORME DE LA TARIFICATION	41
ANNEXE 7 : INTEGRATION DES CHARGES A L'ENCC	47
ANNEXE 8 : CHARGES LIEES A L'INVESTISSEMENT ET INCORPORATION OU NON A L'ENCC	49
ANNEXE 9 : INDICATEURS FINANCIERS ET AGREGATS COMPTABLES	51
ANNEXE 10 : DIFFERENTES DEFINITIONS DU TAUX DE MARGE BRUTE	55
ANNEXE 11 : CLINIQUES PRIVEES : CROISSANCE EXTERNE, INVESTISSEMENT PHYSIQUE, EXTERNALISATION DES MURS.....	57
ANNEXE 12 : PROSPECTIVE	69

ANNEXE 1 : ESTIMATION DU BESOIN D'INVESTISSEMENT

- [1] Même en période de raréfaction des crédits, il n'est **pas** inutile de connaître le besoin d'investissement en rythme, et notamment de voir dans quelle mesure le besoin est inférieur à la capacité collective de financement de l'investissement, afin, le cas échéant, de combler le différentiel par des gains d'efficacité ou une décision de priorisation entre politiques publiques.
- [2] L'évaluation du besoin de financement d'investissement, toutes choses égales par ailleurs (parc hospitalier et partage ville/hôpital constants), peut se faire par les méthodes suivantes :
- [3] Le besoin d'investissement global peut être estimé par une analyse tendancielle des dépenses d'investissement, rapportées aux produits d'exploitation¹.
- **Investissement en équipement médical : un investissement constant d'environ 2 %**
- [4] L'investissement en équipement médical est constant à environ 1,8 % des produits d'exploitation, mais subit un très léger effet d'éviction lors de la croissance des dépenses d'investissement d'immobilier lourd. On peut montrer que l'investissement en équipement est croissant avec la catégorie de l'établissement, ce qui est assez intuitif.

Graphique 1 : Dispersion des taux d'investissement en équipement lourd
(calculés sur 2002-2011)



Note de lecture : les boîtes correspondent au premier quartile, à la médiane et au dernier quartile, les barres correspondent au premier décile et au dernier décile. La catégorie CHR n'inclut pas l'AP-HP. La catégorie tous établissements ne comprend que les CHR, les grands CH, les CH moyens et les petits CH.

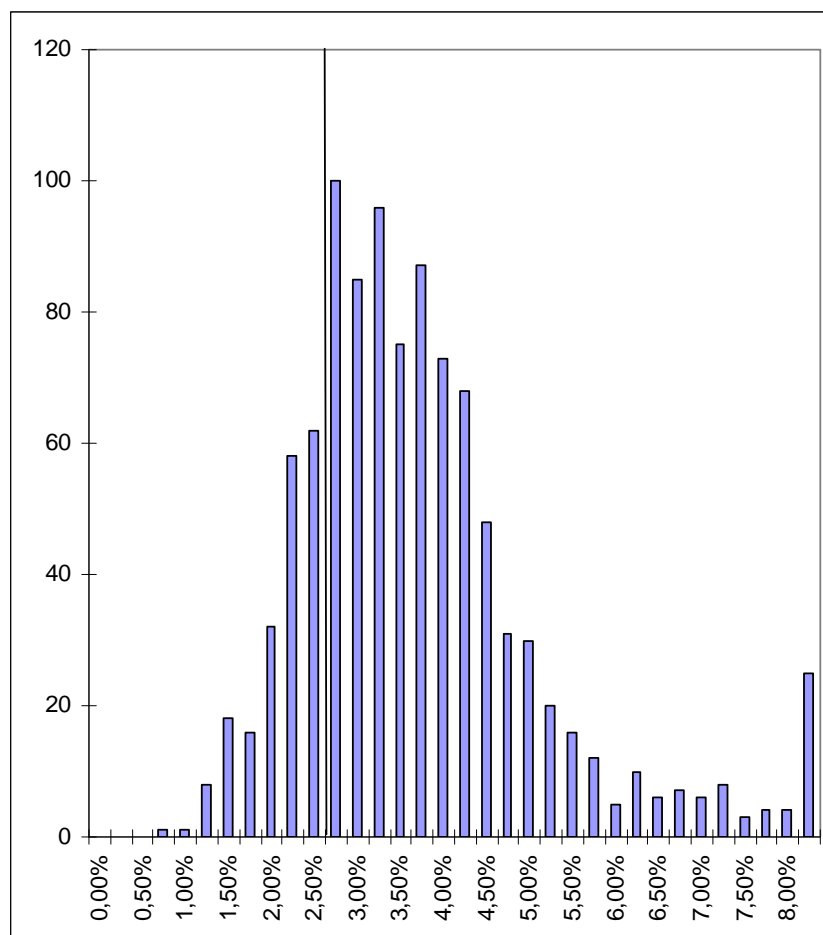
Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, HL, CHS, DOM.

¹ NB : on pourrait être tenté par une approche basée sur la consolidation des PGFP. L'ATIH a réalisé en 2012 un travail basé sur la consolidation au niveau national des PGFP validés par les ARS. Cette méthode est effectivement susceptible en théorie de donner une visibilité sur les investissements à venir, de l'évolution des équilibres bilantiels et de la marge brute. Néanmoins, sans évoquer la question de la fiabilité des données, le premier problème rencontré est l'absence d'exhaustivité, puisque si dans l'ensemble les établissements satisfont à l'obligation de transmettre un PGFP aux ARS, tous n'ont pas un PGFP validé par l'ARS.

- **Investissement hors immobilier lourd : il existe un seuil d'investissement courant incompressible à 3 %**

- [5] L'investissement hors immobilier lourd comprend l'investissement en équipement, en installation générale et en investissement incorporel. Il existe un niveau incompressible situé à environ 3 %. La répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd, calculés sur une période de cinq ans pour tenir compte des durées d'amortissement, cf. graphe ci-dessous, montre en effet une gaussienne tronquée sur la gauche pour les taux d'investissement hors immobilier lourd compris entre 2,75 % et 3 %.
- [6] De l'expérience des établissements et des ARS, un niveau d'investissement courant de 3 % des produits d'exploitation est un minimum très difficilement compressible, seuil confirmé par les chaînes de cliniques privées.

Graphique 2 : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd
(calculés sur 2002-2006 et 2007-2011)

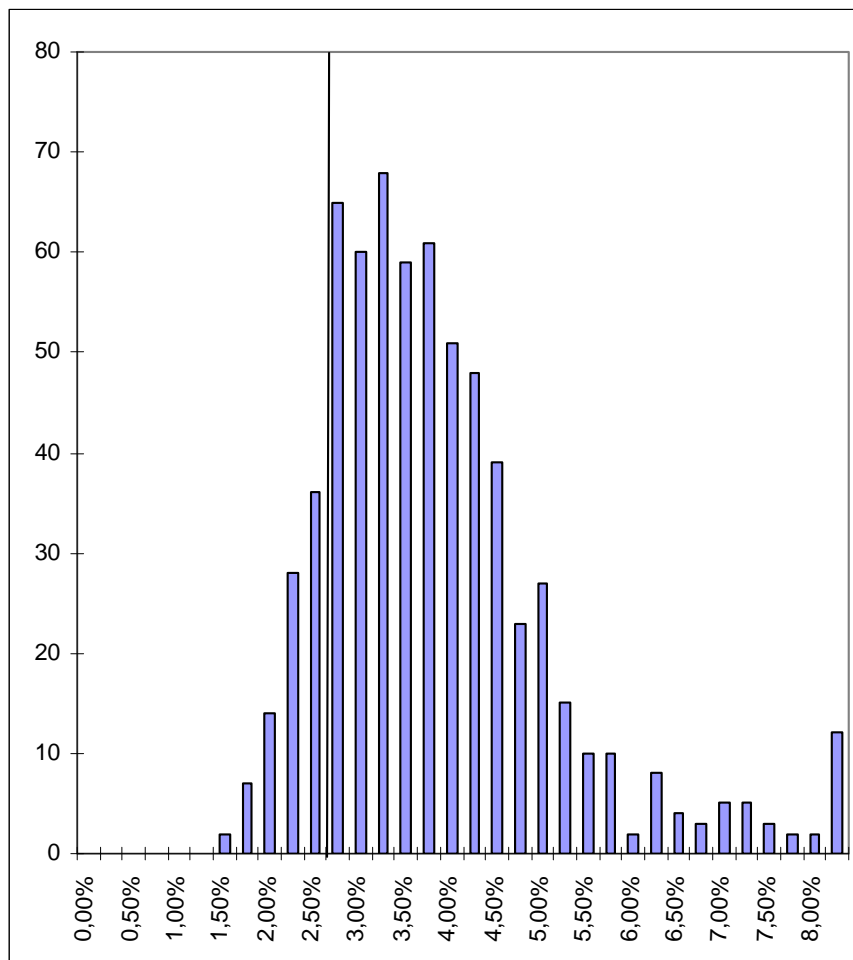


Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, HL, CHS, DOM.

- [7] La queue gauche de la distribution s'explique par le faible investissement des petits CH qui n'ont pas de plateaux techniques, et ont donc des dépenses d'investissement très réduites.

- [8] Si l'on retire les petits CH du panel des données, la distribution des taux d'investissement montre une troncature très nette entre 2,75 % et 3 %, cf. graphe ci-dessous.

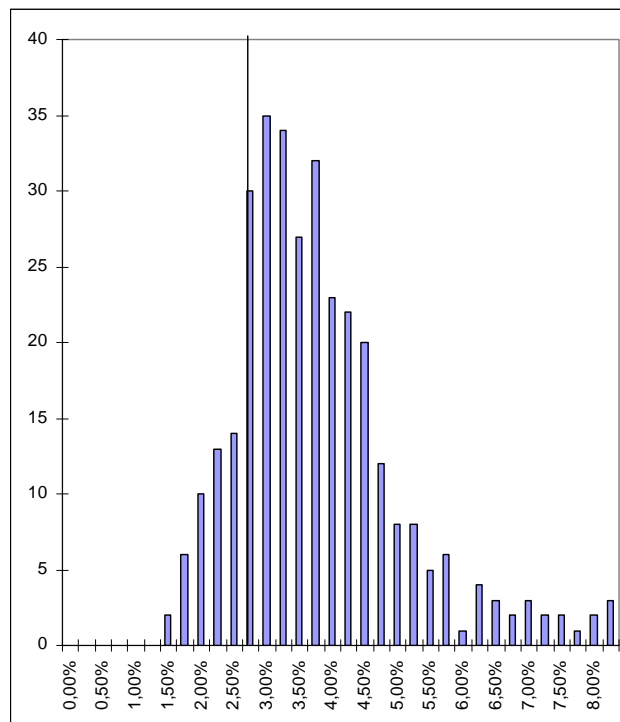
Graphique 3 : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd hors petits CH (calculés sur 2002-2006 et 2007-2011)



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, petits CH, HL, CHS, DOM.

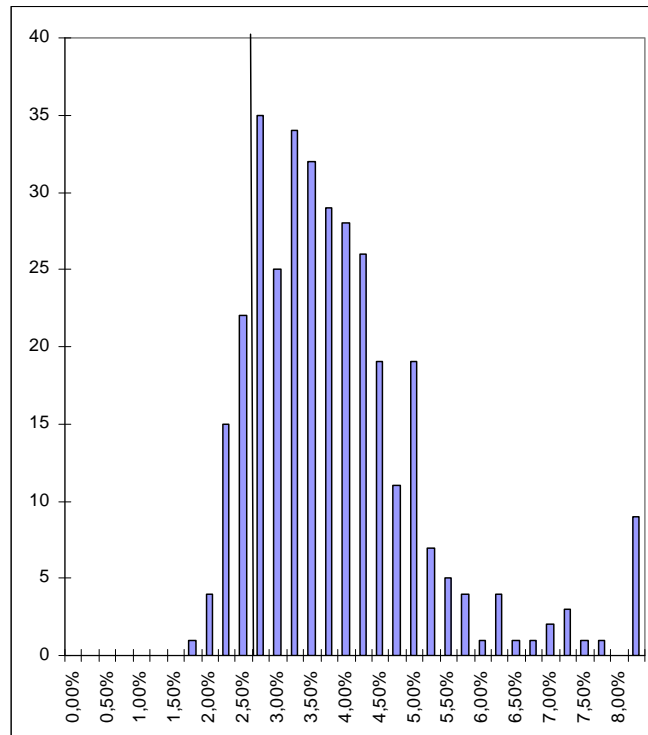
- [9] La séparation des taux d'investissements moyens calculés sur la période 2002-2006 de ceux calculés sur 2007-2011, hors petits CH, tend à montrer un sous-investissement sur 2002-2006, la queue gauche de la distribution étant légèrement plus importante, cf. graphiques ci-dessous.

Graphique 4 : Graphique : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd hors petits CH (calculés sur 2002-2006)



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2006, tous établissements de santé publics hors AP-HP, petits CH, HL, CHS, DOM.

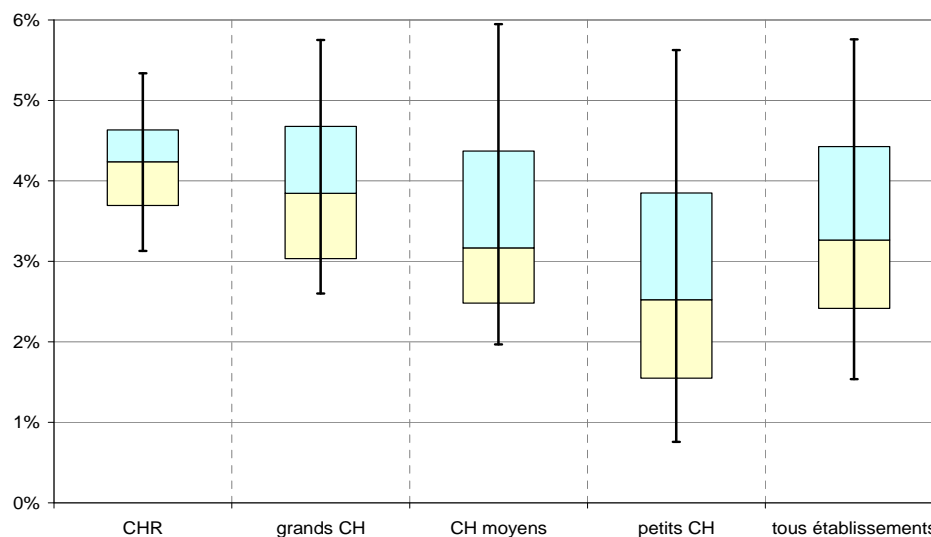
Graphique 5 : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd hors petits CH (calculés sur 2007-2011)



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2007-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, petits CH, HL, CHS, DOM.

- [10] Les taux d'investissement hors immobilier sont décroissants avec la catégorie de l'établissement, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 6 : Dispersion des taux d'investissements hors immobilier lourd (calculés sur 2002-2006 et 2007-2011)



Note de lecture : les boîtes correspondent au premier quartile, à la médiane et au dernier quartile, les barres correspondent au premier décile et au dernier décile. La catégorie CHR n'inclut pas l'AP-HP. La catégorie tous établissements ne comprend que les CHR, les grands CH, les CH moyens et les petits CH.

Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics, hors AP-HP, HL, CHS, DOM.

[11] Par ailleurs, le taux d'investissement hors immobilier lourd et le taux d'investissement immobilier sont positivement corrélés (0,325), ce qui signifie qu'un surcroît d'investissement immobilier génère un surplus d'investissement hors immobilier, sur la partie installation générale.

[12] Néanmoins, si le niveau d'investissement courant incompressible est à 3 %, le taux moyen d'investissement hors immobilier lourd est de 3,9 % en 2011, en légère croissance (cf. graphique ci-dessous).

[13] Ceci est donc cohérent avec le modèle économique utilisé par les cliniques privées, qui consacrent 2 % des produits d'exploitation à l'investissement en équipement, 2 % à l'investissement courant hors équipement, le reste allant à l'immobilier lourd.

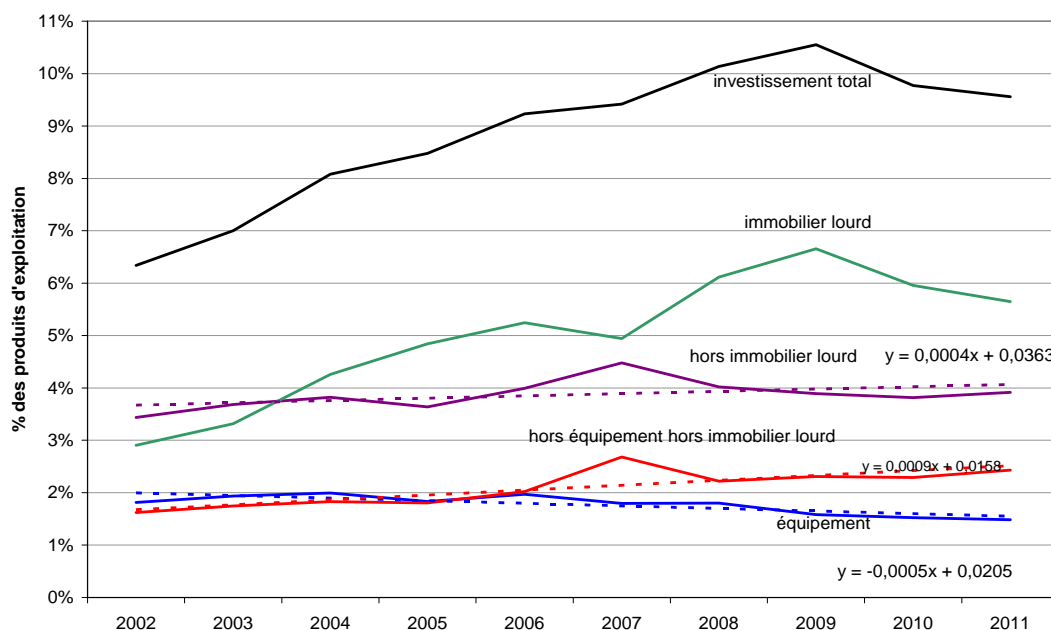
- **Investissement en immobilier lourd : absence de prévisibilité**

[14] Étant donné la périodicité et le montant de ces investissements, il n'est pas possible de les estimer autrement qu'en regardant les opérations financées ou devant l'être.

[15] La DGOS adopte également cette approche en distinguant :

- d'une part, l'investissement courant estimé sur la base des données comptables à 3,7 % du budget des établissements au minimum c'est-à-dire environ 2,6 Md€ en 2012. Il progresse chaque année d'environ 2,5 % ;
- d'autre part, les opérations lourdes concernant l'immobilier prises en charge par les établissements eux-mêmes et éventuellement soutenues par les marges régionales des ARS. Elles représentent le solde soit 2,3 % c'est-à-dire 1,6 Md€. En 2012 et 2013, l'effort d'investissement resterait légèrement supérieur à cette moyenne du fait des opérations du plan H2012 en cours d'achèvement. Même sans reconduction de plan, les opérations d'ampleur exceptionnelle déjà admises au financement, soit une trentaine d'opérations, représentent un montant de l'ordre de 8 Md€ sur 10 ans minimum, soit un montant de 0,8 Md€/an.

Graphique 7 : Taux d'investissement par catégorie (en % des produits d'exploitation)



Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002 2011 tous établissements de santé publics, transmises par la DREES

ANNEXE 2 : LE PGFP

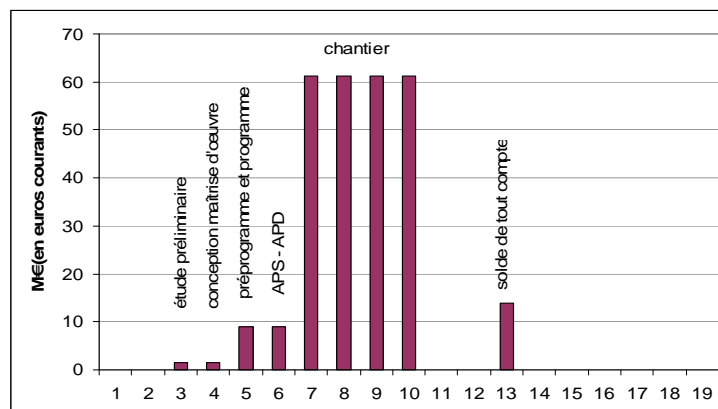
- [16] Le modèle de PGFP est fixé par l'arrêté du 5 avril 2012 portant modification de l'arrêté du 4 mai 2010 fixant le plan global de financement pluriannuel des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 CSS.

1 TABLEAUX DU PGFP

1.1 Les comptes de résultats prévisionnels

- [17] Ils retracent l'évolution des charges et des produits sur cinq ans (en débutant à n-1), notamment l'impact des projets d'investissements sur ces charges et produits.
- [18] S'agissant des produits, si la prévision de l'activité et des recettes peut sembler difficile, il est en général sage de prendre des hypothèses simples mais robustes, faites toutes choses égales par ailleurs : hypothèses de réglementation constante, d'activité stable (sauf analyse étayée, réaliste et sincère), de dotations MIGAC et de tarifs constants, *etc.*
- [19] S'agissant des charges, une attention particulière doit être donnée aux charges de personnel et à l'impact des investissements sur ces charges, compte tenu de leur importance dans les coûts de fonctionnement des établissements de santé. De même, les projets d'investissement immobilier ont un impact sur les charges de titre 3 (maintenance, gros entretien renouvellement), dont l'évaluation peut s'appuyer sur les travaux de la MAINH ou de l'ANAP. La fiabilité des charges de titre 3 comprennent notamment les prévisions d'immobilisations, dont la fiabilité importe énormément, dans le cas d'opérations lourdes, la fiabilité du PGFP.
- [20] À titre didactique, on peut prendre l'exemple d'une opération de reconstruction complète d'un établissement dont les produits d'exploitation seraient de 200M€. Sur la base du modèle économique, l'opération coûte environ 1,4 année d'exploitation, soit 280M€. Les couts des travaux eux-mêmes se répartissent comme suit : 1 % étude, conception maîtrise d'œuvre ; 14 % pour phase de programme, APS-APD ; 80 % chantier ; 5 % solde de tout compte.

Graphique 8 : Programmation des coûts d'une reconstruction pour un établissement de 200M€ de produits d'exploitation



Source : IGAS

- [21] Enfin, les charges de titre 4 (charges financières) dépendent du nouveau projet et de ses modalités de financement et de la politique d'amortissement, mais qui ne constituent que des paramètres de deuxième ordre pour l'ajustement du PGFP. Par ailleurs, comme le rappellent les auteurs de *La gestion financière pluriannuelle des investissements hospitaliers publics*² : « *Les hospitaliers sont rodés depuis 1980³ à calculer les surcoûts d'investissement, et savent anticiper les conséquences futures sur les charges d'exploitation de la mise en service d'un investissement nouveau, même si cette prévision n'est pas toujours fiable* ».

1.2 Les tableaux de détermination de la marge brute prévisionnelle et de la CAF prévisionnelle

- [22] Construits à partir des comptes de résultats prévisionnels, les tableaux de détermination de la marge brute prévisionnelle et de la CAF prévisionnelle doivent notamment prendre en compte aussi précisément que possible les valeurs nettes comptables des cessions d'actifs envisagées, ainsi que des amortissements et reprises sur provisions projetées, qui sont déterminantes pour la CAF. Il s'agit en effet des principales ressources pouvant être mobilisées pour compléter le financement des projets en assurant l'équilibre financier de l'établissement.

1.3 Les tableaux de financement prévisionnels

- [23] Ils permettent de tester la robustesse de l'équilibre financier en fonction de la CAF prévisionnelle dégagée par l'exploitation projetée. Ces tableaux de financement prévisionnels détaillent notamment les apports ou prélèvement sur le fonds de roulement (FDR).

1.4 Les tableaux de variations des équilibres du bilan

- [24] Ils consacrent le fait que la gestion de la trésorerie relève bien des compétences et des décisions de gestion de l'ordonnateur. Il est donc demandé, au travers de ces tableaux, que le business plan ne prévoit plus seulement les seuls éléments de haut de bilan, mais également les variations de BFR et de la trésorerie découlant du cycle d'exploitation et du cycle d'investissement.

- [25] Le niveau de BFR de l'année n-1, ou celui estimé pour l'année de construction du PGFP, est sans doute l'estimateur le plus simple du BFR pour la construction des bilans prévisionnels et pour le calcul des soldes de trésorerie.

- [26] Pour le calcul d'un BFR cible ou du BFR prévisionnel, l'établissement doit déterminer des délais cibles ou prévisionnels de recouvrement, de rotation des stocks et de paiement, aidé en cela par les données statistiques par catégories d'établissements fournies par la DGFIP.

1.5 Le tableau des engagements hors bilan

- [27] Ce dernier tableau prend en compte les coûts en exploitation des investissements réalisés en crédit-bail.

² *La Gestion financière pluriannuelle des investissements hospitaliers publics*, G. de DARAN, C.-A. DOUSSOT-LAYNAUD, Ph. PEYRET, presses de l'EHESP, 2008

³ Les auteurs font référence à la circulaire n°1980-1975 du 27 mai 1980 dite des surcoûts, qui prévoyait notamment que : « *Les dépenses supplémentaires entraînées par un investissement hospitalier devront être intégralement compensées par des économies réelles de gestion dans l'établissement ou dans le département.* »

[28] L'élaboration du PGFP, passant par la construction successive des différents tableaux mentionnés *supra*, et des itérations devant obéir aux tests simples :

- la CAF doit être supérieure au remboursement des emprunts, c'est une obligation réglementaire⁴. Partant, la CAF prévisionnelle doit être supérieure au remboursement prévisionnel des emprunts ;
- l'analyse des tableaux de financement prévisionnels permettent-ils un équilibre du FDR ou un apport prévisionnel au FDR ? Si tel n'est pas le cas, le dimensionnement des investissements ou les hypothèses de financement (autofinancement, cessions, emprunts) doivent être revus jusqu'à permettre un équilibre ou un apport au fonds de roulement, le cas échéant en jouant sur la reprise sur FDR, la CAF prévisionnelle, la cession d'actifs, l'optimisation de la trésorerie, *etc.* ;
- la CAF est-elle à terme à un niveau suffisant ? Il importe en effet de ne pas obérer la capacité future de l'établissement à investir en mettant la CAF de l'établissement à un niveau trop bas ;
- le résultat prévisionnel est-il satisfaisant en niveau et en évolution ? Depuis la réforme de l'EPRD, la présentation d'un déficit au résultat prévisionnel va en diminution des fonds propres.

2 PARAMETRES PERMETTANT D'EQUILIBRER LE PGFP

2.1 Paramètres d'autofinancement, qui doivent être mobilisés au maximum

- la CAF prévisionnelle, en adoptant une politique d'amortissement dynamique ;
- la reprise sur le FDR ;
- le niveau de BFR ;
- l'optimisation du niveau de trésorerie ;
- la cession d'actifs ;
- les éventuelles subventions.

2.2 Paramètres d'exploitation, qui ont un impact majeur sur le PGFP

- économies sur les charges (personnel, *etc.*) ou gains sur les produits (ROI, recettes propres, *etc.*) ;
- réduction des DMS et augmentation des taux d'occupation des blocs/lits/places.

2.3 Paramètres du titre 4, qui ne dégagent que de très faibles marges de manœuvre

- le montant et la durée d'emprunts ;
- la durée d'amortissement.

⁴ Art. R. 6145-11 CSP 3°.

2.4 Le redimensionnement à la baisse de l'investissement

[29] Si les paramètres d'exploitation et les paramètres de titre 4 ne permettent pas d'équilibrer le PGFP, il n'y a pas d'autre solution que de revoir le projet d'investissement à la baisse, étant entendu qu'il convient que ledit projet doit être ajusté dans son dimensionnement avant d'élaborer le PGFP.

[30] En conclusion, on peut retenir les quelques principes suivants :

- il convient de construire le PGFP en partant du bas de bilan, en gardant comme seuil incompressible le niveau de trésorerie jugé optimal par l'établissement ou l'ARS⁵ ;
- les variations de BFR doivent également être prises en compte ;
- il est difficile d'équilibrer un PGFP en jouant uniquement sur les charges du titre 4, puisque les économies sur les charges financières ne dégagent qu'une très faible marge de manœuvre, et les économies sur les amortissements, en allongeant les durées d'amortissement, pénalisent la CAF à venir ;
- la CAF doit permettre de rembourser les emprunts sur 10 ans (*i.e.* durée apparente de la dette inférieure à 10 ans, *cf.* décret emprunts⁶) ;
- les recettes prévisionnelles et les économies d'exploitation doivent être sincères et réalistes.

⁵ *Cf.* notamment *ci-infra* sur la notation de niveau de BFR de sécurité utilisé par l'ARS Rhône-Alpes.

⁶ Décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

ANNEXE 3 : INDICATEURS DU RETOUR SUR INVESTISSEMENT

1 LES PRINCIPAUX INDICATEURS DU RETOUR SUR INVESTISSEMENT

[31] Les concepts de ROI utilisés dans le secteur hospitalier sont tous repris du secteur financier et du secteur industriel et commercial.

[32] Le principe du calcul de ROI est de résumer le projet d'investissement en une seule valeur. Pour cela, on compare les dépenses initiales d'investissement I_0 aux *cash flows* futurs CF_t , dont on espère qu'ils compenseront l'investissement initial. Pour pouvoir effectuer cette comparaison, on actualise ces *cash flows* futurs avec un taux d'actualisation θ .

1.1 La valeur actuelle nette

[33] Le principal outil est la valeur actuelle nette (VAN), qui mesure la rentabilité du projet puisqu'elle représente la différence entre le surcroît de recettes actualisées et les dépenses actualisées, dont les coûts d'investissement.

$$[34] \quad VAN_{\theta} = -I_0 + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t}{(1+\theta)^t} = -I_0 - \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^-}{(1+\theta)^t} + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^+}{(1+\theta)^t}$$

[35] Où I_0 est la dépense initiale d'investissement, CF_t est le solde des flux financiers de l'année t (*cash flows*), CF_t^- est la valeur absolue du solde déficitaire des flux de trésoreries de l'année t , CF_t^+ le solde excédentaire des flux de trésoreries de l'année t , et θ le taux d'actualisation (*cf.* discussion *infra*).

[36] Pour un taux d'actualisation donné, si la VAN est positive, le projet est rentable, et si la VAN est négative, le projet n'est pas rentable. Plus la VAN est grande, plus le projet est performant financièrement. La VAN peut être utilisée pour comparer des projets entre eux.

[37] Il convient de noter que la VAN, pour qu'elle soit en euros constants, doit prendre en compte l'inflation, ce qui peut être difficile lorsque les durées d'amortissement porte parfois sur plusieurs dizaines d'années.

1.2 Le délai de récupération

[38] Le délai de récupération (DR) a une signification tangible : c'est la durée au bout de laquelle le cumul des recettes actualisées permet de couvrir la dépense initiale d'investissement autofinancé, i.e.

$$[39] \quad DR_{\theta} \text{ tel que } I_0 = \sum_{t=1}^{DR} \frac{CF_t}{(1+\theta)^t}$$

1.3 Le taux interne de rentabilité

[40] Enfin, le taux interne de rentabilité (TIR), qui est un indicateur fort utilisé en placement financier mais qui ne revêt pas de signification réelle. Le TIR n'a en effet qu'une signification mathématique : c'est la valeur du taux d'actualisation θ pour laquelle la VAN s'annule, *i.e.*

$$[41] \quad \text{TIR, } \theta \text{ tel que } VAN_{\theta} = 0 \Leftrightarrow I_0 + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^-}{(1+\theta)^t} = \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^+}{(1+\theta)^t}$$

[42] Le TIR définit en quelque sorte la robustesse de la VAN aux variations de taux d'actualisation : plus le TIR est grand et plus la plage des taux d'actualisation θ pour lesquelles le projet est rentable, *i.e.* la VAN est positive, est grande⁷. En particulier, si le TIR est significativement supérieur au taux d'actualisation, le projet peut être retenu car rentable.

[43] En revanche, contrairement à ce qui est souvent dit dans la littérature, le TIR n'a aucune signification tangible, ce n'est qu'une valeur mathématique remarquable de la VAN, mais qui ne traduit en particulier ni la performance financière du projet ni sa rentabilité. Son intérêt réside dans le qualificatif *interne* : le TIR est une valeur intrinsèque à la VAN car il ne dépend d'aucune variable, ni d'un taux d'actualisation, ni de l'inflation. Il ne faut donc absolument pas l'entendre comme un indicateur de performance financière ou de rentabilité de l'investissement. Au demeurant, le taux de rentabilité financière prévisionnelle de l'investissement, qui correspond à la rentabilité d'un placement (si j'investis une somme I , je récupère $I(1+r)$), est défini comme suit :

$$[44] \quad r \text{ tel que } 1+r = \frac{\sum_{t=1}^N \frac{CF_t}{(1+\theta)^t}}{I_0} \Leftrightarrow r = \frac{VAN_{\theta}}{I_0}$$

[45] r dépend donc de θ .

1.4 Les variantes du TIR

[46] L'un des inconvénients du TIR est l'absence de tangibilité de ce taux, sa valeur étant généralement d'un ordre de grandeur très différent des taux d'actualisation ou du taux de rentabilité financière de l'investissement.

[47] Le champ de l'investissement financier propose donc une variante consistant à mieux approcher la performance financière de l'investissement en actualisant les *cash flows* positifs au taux de placement financier, et en actualisant les *cash flows* négatifs au taux d'emprunt. On définit ainsi un taux intrinsèque à la VAN ainsi calculée, appelé taux interne de rentabilité modifié (TIRM) :

$$[48] \quad \text{TIRM : } \theta \text{ tel que } I_0(1+\theta)^N + \sum_{t=1}^N CF_t^- (1+OAT30)^{N-t} = \sum_{t=1}^N CF_t^+ (1+r)^{N-t}$$

[49] Où *OAT30* est le taux OAT30 et r le taux d'intérêt.

⁷ Sous l'hypothèse que la VAN_{θ} est une fonction monotone décroissante de θ .

[50] Jacques Grollier⁸ définit une variante de ce taux modifié en supposant seulement un placement des excédents de trésoreries, et non un emprunt des déficits de trésoreries, qu'il nomme le taux intégré de rentabilité (TIG), définit comme suit :

$$[51] \quad \text{TIG : } \theta \text{ tel que } I_0 (1 + \theta)^N + \sum_{t=1}^N CF_t^- (1 + \theta)^{N-t} = \sum_{t=1}^N CF_t^+ (1 + r)^{N-t}$$

[52] Si l'on essaie d'approcher un taux de rentabilité du projet, l'inconvénient de ces deux méthodes est qu'il suppose que les établissements de santé placent leurs excédents de trésorerie et empruntent au taux OAT30. Ces hypothèses ne sont donc pas toujours réalistes.

2 PRECAUTIONS D'UTILISATION DES DIFFERENTS INDICATEURS DU ROI

[53] La littérature sur l'investissement hospitalier n'a hélas pas repris toutes les limites déjà très éprouvées qui ont été faites dans le champ de l'investissement financier.

2.1 Le ROI est un outil généralement inutile et inadapté pour l'examen des projets d'investissement hospitalier

[54] Le calcul du ROI nécessite de déterminer les *cash flows* futurs, ce qui suppose de faire la prévision des produits (notamment les évolutions des recettes T2A suite à l'investissement) et des charges (notamment les amortissements, les variations des d'exploitation et le calendrier des immobilisations) sur l'ensemble de la vie du projet (potentiellement 30 ans pour une opération immobilière lourde). Toutes ces informations se retrouvent réduites à une seule variable, la VAN ou le TIR.

[55] Il convient tout d'abord de souligner la fragilité du résultat, lorsqu'il s'agit d'une opération immobilière lourde :

[56] – si la qualité des prévision d'activités, de coûts d'exploitation, notamment en termes de ressources humaines et de maintenance, de calendrier d'immobilisations pendant l'investissement et après la mise en service est la même *a priori* que pour le PGFP sur la durée de celui-ci, la fenêtre temporelle du ROI est bien plus grande de sorte que les prévisions au-delà de la durée du PGFP paraissent pour le moins hasardeuses ;

[57] – le ROI est grandement dépendant du taux d'actualisation retenu. Sur ce point, la recommandation de la DGOS de retenir l'OAT30 ne paraît pas opportune, étant donné la variabilité quotidienne de ce taux et l'absence de réalité sous-jacente. Il est recommandé d'utiliser le taux d'actualisation des investissements publics, déterminé par le centre d'analyse stratégique (4 % pour 2010-2014) ;

[58] – le calendrier des immobilisations jouent grandement sur la valeur du ROI, les premières années voient généralement des *cash flows* négatifs, et le glissement de certaines immobilisations vers les années ultérieures atténuent ces coûts d'immobilisation, par le truchement de l'actualisation ;

[59] - le ROI ne prend pas en compte le recours à l'emprunt, ni les remboursements futurs⁹, alors que c'est une modalité bien souvent nécessaire de l'investissement et qui devient justement critique tant à cause du niveau d'endettement que de la frilosité de l'offre d'emprunt.

⁸ Cf. Finances hospitalières n°36 - mai 2010

⁹ Séparation justifiée par le séquençage : choix de l'investissement, puis choix du financement.

- [60] Il apparaît donc que le calcul de ROI, dans le cadre d'une opération immobilière lourde, est bien trop lourd et sophistiqué pour le niveau d'approximation des prévisions de *cash flows* futurs. Seuls, à titre tout à fait indicatif, la VAN et le délai de récupération et la première année de *cash flows* positifs sont utiles, les autres indicateurs sont trop lourds et trop peu robustes.
- [61] Il n'est d'ailleurs pas sans signification que les chaînes de cliniques privées rencontrées par la mission n'utilisent pas le calcul du ROI.
- [62] Lorsqu'il s'agit d'un calcul de ROI pour un investissement en équipement médical, alors le calcul de ROI est fiable et peut vraiment s'inscrire dans la perspective d'une rentabilité. La fiabilité du calcul de ROI est néanmoins dépendante de la stabilité des tarifs, et leur variation, parfois grande d'une année à l'autre, rend l'exercice difficile, certains le qualifiant même de divinatoire.

2.2 L'analyse doit être conduite par rapport à un scénario business as usual

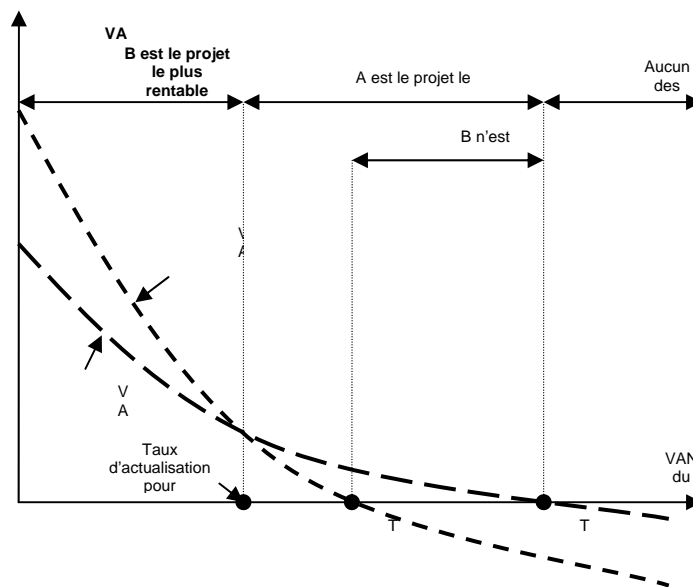
- [63] L'opportunité d'un investissement ne peut être évaluée que relativement à un projet alternatif et, s'il ne s'agit pas d'un projet de contrainte (mise aux normes, *etc.*), au premier chef par rapport à la situation où aucun investissement n'est effectué. Cette confrontation à un scénario *business as usual* n'est hélas pas recommandé par les différents outils.
- [64] Celle-ci pourrait néanmoins être aisément intégrée dans le calcul de la VAN en intégrant immédiatement dans le calcul des soldes de trésoreries, soit en faisant la différence entre le solde correspondant au projet et le solde correspondant au scénario *business as usual*, *i.e.* :
- [65]
$$CF_t = CF_t^{\text{projet}} - CF_t^{\text{business as usual}}$$

2.3 Le TIR ne permet pas de comparer deux projets concurrents

- [66] Si les critiques usuelles sur le TIR sont rappelées dans la littérature¹⁰, il est à regretter que la littérature en économie de la santé sur l'investissement hospitalier ne souligne pas l'une des principales limites du TIR : cet indicateur ne permet pas de comparer différents projets concurrents, et, en particulier, retenir un projet par rapport à d'autres au motif qu'il est celui de plus grand TIR est un abus d'usage du TIR. Outre les cas où la VAN n'est pas une fonction monotone décroissante (ce qui est par exemple le cas lorsque les premières années voient d'importants déficits de trésorerie les premières années), l'exemple ci-dessous montre les possibles contradictions qu'il peut y avoir en n'utilisant que le TRI et non la VAN.

¹⁰ Par exemple *Ibid. cit.*

Schéma 1 : Exemple de projets pour lesquels l'utilisation des seuls TRI peut conduire à des résultats aberrants



Source : IGAS

2.4 Choix du taux d'actualisation

[67] La littérature en économie de la santé sur l'investissement hospitalier recommande de prendre le taux OAT 30, au motif qu'il s'agit d'argent public sur une durée de l'ordre de celle de l'amortissement de certains projets hospitaliers. Ce taux est néanmoins variable d'un jour à l'autre et ne peut donc être sérieusement pris comme référence par les établissements.

[68] En revanche, le centre d'analyse stratégique (CAS), et le Commissariat général au Plan avant lui, recommande avec constance d'utiliser le taux d'actualisation des biens publics qu'il définit tous les 5 ans. Pour 2011-2015, il est fixé à 4 %.

[69] Pour mémoire, utiliser un taux d'actualisation faible revient, relativement, à améliorer l'estimation de la rentabilité du projet, et, inversement, utiliser un taux d'actualisation élevé, revient relativement à dégrader l'estimation de la rentabilité du projet.

[70] La VAN n'est pas toujours monotone décroissante

[71] Contrairement au postulat retenu dans l'ensemble de la littérature hospitalière sur le sujet, la VAN n'est pas toujours une fonction monotone décroissante du taux d'actualisation.

[72] On peut par exemple prendre un projet d'informatique, nécessitant un investissement I_0 et générant un cash flow positif dès l'année de l'investissement, mais un cash flow négatif la seconde, et sa durée d'amortissement est de deux ans. Alors, la VAN s'écrit :

$$[73] \quad VAN_{\theta} = CF_0 + \frac{CF_1}{1 + \theta} - I_0 \quad \text{où } CF_0 > 0 \text{ et } CF_1 < 0$$

[74] Sa dérivée est donc positive : $VAN'_{\theta} = -\frac{CF_1}{(1 + \theta)^2} > 0$ et VAN est monotone croissante.

[75] On peut également mettre en évidence des cas où la VAN n'est pas monotone.

2.5 Prise en compte du financement par emprunt

[76] Suivant la logique selon laquelle le choix du financement doit être distinct du choix de l'investissement, le calcul de la VAN ne prend pas en compte les sources de financement, mais seulement de l'investissement autofinancé.

[77] Néanmoins, il y a bien souvent une triple source de financement : autofinancement, emprunt, et dotation. Si cette dernière modalité est neutre pour l'analyse de la VAN, ce n'est en revanche pas le cas de l'emprunt, qui génère des annuités qu'il conviendrait, en toute rigueur, de prendre en compte. Le calcul de la VAN est alors :

$$[78] \quad VAN_{\theta} = -I_0 - \sum_{t=1}^D \frac{a}{(1+\theta)^t} - \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^-}{(1+\theta)^t} + K + \sum_{t=1}^N \frac{CF_t^+}{(1+\theta)^t}$$

[79] où D est la durée d'emprunt, en général différente de la durée d'amortissement N , a , l'annuité de l'emprunt, en général constante, et K le capital correspondant à l'emprunt¹¹.

[80] C'est néanmoins un niveau de détail bien inutile.

¹¹ Avec la relation entre capital et annuité, avec r le taux d'intérêt de l'emprunt : $a = rK / (1-(1+r)^{-D})$

ANNEXE 4 : EVOLUTION DANS LE TEMPS DES OUTILS DE REGULATION ET DE FINANCEMENT : L'ABANDON DES LIMITATIONS CAPACITAIRES

1 PAS DE PRISE EN COMPTE DU TERRITOIRE AVANT LA LOI DE 1970

- [81] Dans la période antérieure à la loi du 31 décembre 1970, seules sont soumises à autorisation les maisons de santé privées. l'autorisation de délivrer des soins aux assurés sociaux est décernée par le préfet de région, aux cliniques privées, après passage devant une commission régionale d'agrément qui vérifie la conformité de la demande aux annexes au décret du mars 1956 qui a lui-même succédé à un décret de mars 1946.

2 LA LOI HOSPITALIERE DU 31 DECEMBRE 1970 : UNE LOI DISSYMETRIQUE ET INABOUTIE

- [82] La loi hospitalière du 31 décembre 1970, se place sous les auspices du service public hospitalier ; les établissements privés à but non lucratif peuvent être admis à participer au service public hospitalier et se voient appliquer le régime tarifaire des établissements publics Un régime nouveau d'autorisation est créé pour les établissements privés de toute nature. Des secteurs sanitaires sont définis Dans ces secteurs des indices lits population définissent par grosses disciplines le montant maximum de lits pouvant être admis à fonctionner. Un état de l'existant est opéré territoire par territoire. Les établissements privés sont soumis à autorisation pour des créations ou augmentations de nombre de lits ; Le lits des établissements publics sont pris en compte pour le décompte des lits existants mais ne sont pas soumis à autorisation. Les autorisations ne sont pas limitées dans le temps.
- [83] La loi de 1970 ne comporte aucune disposition relative au financement des hôpitaux publics. Ceux-ci restent soumis au régime des prix de journée préfectoraux : un système particulièrement inflationniste, celui des prix de journée. Ceux-ci sont en effet établis sur la base des dépenses prévisionnelles figurant au budget primitif. Il augmente à plusieurs reprises dans l'année si ces dépenses augmentent encours d'année. Les déficits constatés en fin d'exercice sont réincorporés de droit dans le calcul du prix de journée de l'année suivante, le plus souvent au premier budget rectificatif.
- [84] La minoration du nombre de journées prises en compte au budget primitif est monnaie courante. La mécanique du prix de journée n'augmente pas seulement l'allocation des ressources, elle conduit à l'allongement des durées de séjour générant des recettes. En 1975, le taux d'augmentation des dépenses hospitalières de la CNAMTS atteint 25 %, un record jamais dépassé depuis.

- [85] La loi de 1970 prévoit l'intervention d'un décret réformant le régime tarifaire des cliniques privées celui-ci intervient le 22 février 1973. Les tarifs journaliers, les forfaits de salle d'opération et de salle de travail, ainsi que les autres éléments de tarification des cliniques privées demeurent fixés par voie de convention avec les caisses régionales d'Assurance maladie et les autres organismes représentatifs du régime agricole et du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et homologués par le préfet de région. Ces tarifs sont désormais déterminés par une position sur une grille de classement tarifaire propre à chaque région mais obéissant à des critères nationaux. Une grille tarifaire existe pour chaque grand groupe de discipline (médecine, chirurgie, obstétrique). Le système sera perfectionné par la suite, par l'introduction d'un objectif quantifié national avec un taux d'évolution annuel ; dans la pratique, si l'évolution des tarifs est contrôlée, la progression des volumes du secteur ne sera jamais maîtrisée, sous ce régime.

3 L'INSTAURATION DU BUDGET GLOBAL : UNE MECANIQUE FORFAITAIRE QUI GELE LES SITUATIONS DANS LE SECTEUR PUBLIC

- [86] En 1983, soit treize ans après la loi de 1970 est institué le système de dotation globale de financement, par l'article 8 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983, portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Une enveloppe annuelle de recettes, fixée a priori pour chaque hôpital est allouée à l'établissement. Une caisse pivot est désignée pour l'ensemble des régimes des reliquats de facturation demeurent, l'établissement devant adresser des listes de séjours répertoriés par régime d'appartenance. Des prix de journée sont calculés pour servir au calcul du ticket modérateur, pour permettre de charger les comptes d'employeurs en accident du travail, pour facturer en aide sociale, ou encore en cas de recours de l'Assurance maladie contre tiers. Le ralentissement des dépenses hospitalières rendu urgent par les dérives du milieu des années soixante dix a été opéré avant même la mise en place du budget global, à grands renforts de circulaires budgétaires et d'insistance de la tutelle, mais la mise en place de la réforme consolide la démarche. la maîtrise existe donc mais elle est aveugle et se traduit au fil du temps par des rentes de situation au profit des établissements en perte de vitesse et cessant de rendre le service jadis accompli au profit de la population. Des services de chirurgie sans clientèle survivent aisément ou plutôt survivraient s'ils arrivaient à recruter les personnels nécessaires. les hôpitaux dynamiques sont eux freinés dans leur activité : on cite le cas des services de chirurgie orthopédique qui diffèrent la pose des prothèses de hanche au quatrième trimestre.

4 LA LOI DE 1991 : UNE LOI PREFIGURATRICE

- [87] La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991, affine le contenu de la carte sanitaire introduit les alternatives à l'hospitalisation, prévoit l'intervention d'un schéma régional d'organisation sanitaire, non opposable, qui complète la carte sanitaire par une vision des évolutions dans les cinq années suivantes. La loi introduit également le principe de la limitation des autorisations dans le temps, (finalement fixées à un maximum dix ans, un certain nombre de parties prenantes ayant souhaité une durée supérieure à 5ans soit le temps prévu d'un SROS, pour pouvoir amortir équipements lourde et partiellement l'immobilier neuf ou acquis) et de leur extension aux établissements publics ; le niveau régional est désigné comme le niveau adéquat de la régulation et coordination sanitaires.

5 EN 1996, L'UNIFICATION DES COMPETENCES BUDGETAIRES ET DE REGULATION DANS LES MAINS D'UNE SEULE AUTORITE

- [88] Les compétences budgétaires dévolues jusque là au préfet de département, celles relevant du préfet de région, la fixation de l'ensemble des cartes sanitaires de la région, l'élaboration et la signature du schéma régional d'organisation sanitaire, l'attribution des autorisations sanitaires, la signature de contrats avec les établissements d'hospitalisation privés se substituant aux anciennes conventions passées entre ceux-ci et les caisses régionales d'Assurance-maladie sont transférées par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, à l'agence régionale de l'hospitalisation (dans ce GIP, les compétences sont partagées entre la commission exécutive où siègent des représentants de l'Assurance maladie et de l'État et le directeur qui préside la commission exécutive).
- [89] Ce n'est que postérieurement que ces instruments déjà existants mais nouvellement réunis seront transformés. Dans le rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale, de 2002, la Cour des comptes relève les limites de la carte sanitaire ; elle qualifie de fruste, l'évaluation des besoins pour les disciplines MCO et un calcul du volume théorique de lits souhaitable très forfaitaire et déterminé par grande discipline. Elle note la rigidité de certains indices d'équipements alors considérés comme lourds. Elle déplore que, s'agissant du traitement de l'insuffisance rénale chronique, la valeur des indices retenus ait conduit à une situation de pénurie dangereuse pour les patients.
- [90] En dépit de la qualité des travaux de confection des SROS II qui ont pu utiliser pour la première fois les données issues du PMSI, la Cour note la difficulté de traduire les regroupements envisagés dans le SROS au niveau des autorisations « Efficace pour contenir les créations d'équipements nouveaux en cas d'excédents, le régime des autorisations s'avère beaucoup plus difficilement mobilisable pour susciter ou accompagner la recomposition du tissu hospitalier ». L'existence même de la carte sanitaire y fait obstacle, par exemple avec l'impossibilité de refuser des renouvellements d'autorisation tant qu'il subsiste des excédents à la carte sanitaire.
- [91] Enfin selon l'arrêt du conseil d'État 15 février 1999, le SROS ne pouvait procéder à la répartition d'équipements ou d'activités dont la carte sanitaire n'avait pas fixé le nombre.
- [92] Pendant la période de 1994 à 2001, le nombre de lits installés a diminué constamment et modérément. Le nombre des lits de MCO a diminué de 12,1 % et celui de psychiatrie de 22,3 %.
- [93] En 1996, également, la loi organique du 22 juillet 1996, elle même consécutive à une réforme constitutionnelle institue des lois de financement de la sécurité sociale. A l'intérieur de cette loi de financement un objectif national de dépenses d'Assurance maladie évolue en fonction d'un taux annuellement décidé. A l'intérieur de cet ONDAM, l'enveloppe des dépenses hospitalières des établissements publics ou PSPH est répartie en dotations régionales limitatives. Pendant toute cette période, ce sont donc sur des mécanismes budgétaires simples que repose la maîtrise des dépenses, côté public.
- [94] Pour le secteur privé, l'objectif quantifié national fait l'objet d'un accord annuel national d'évolution des tarifs décliné en accords régionaux avec, il est vrai une très faible marge de manœuvre.

6 LE PLAN H2007 : LE PRIMAT DU TARIF SUR LA PLANIFICATION

- [95] Le plan H2007 entendu au sens large introduit des modifications très importantes en matière hospitalière. Au budget global, succède la tarification à l'activité, introduite par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 les tarifs sont fixés nationalement selon des groupes homogènes de séjour. Le passage est progressif, les tarifs se substituent progressivement aux dotations. En 2004, 10 % des dotations sont allouées selon cette base tarifaire. En 2005, la part basculée en tarif passe à 25 %. Des dotations subsistent cependant, soit pour financer des missions de service public ou intarifiables (MIG), soit l'accompagnement aux établissements (soutien aux établissements en difficulté, lancement d'activités nouvelles dans leur phase de mise en place et de montée en charge, investissement).
- [96] La carte sanitaire est supprimée, par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle apparaît en effet désuète fondée sur des définitions de disciplines trop frustes et peu opérantes. Elle est surtout difficilement compatible avec la nouvelle mécanique tarifaire. L'équilibre du système repose essentiellement sur un arbitrage prix-volume national.
- [97] Cependant, une mécanique de restriction quantitative, sorte de sécurité de rappel est instituée. Elle se surajoute aux définitions des implantations et des temps d'accès. Il s'agit des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). Pour des groupes de discipline des objectifs de production sont déterminés, dans chaque territoire de santé en partant de la dernière production connue. Une progression est retenue avec fourchette haute et fourchette basse ; elle figure dans l'annexe au SROS. Des OQOS sont ensuite semblablement répartis entre les établissements concernés du territoire. En fait, il s'agit non plus de planification mais de programmation de la production. Dans la pratique les OQOS ont de la peine à se mettre en place en raison des retards avec les quels la production de l'année antérieure. De nombreux objectifs sont inférieurs à ceux déjà atteints l'année précédente ; Par la suite, ce sera au contraire une surestimation de l'activité chirurgicale non ambulatoire qui apparaîtra.
- [98] La carte sanitaire étant supprimée, les objectifs d'implantations et de regroupement sont récapitulés dans une annexe au SROS qui est opposable. Elle fonde les décisions d'autorisations et rejet d'autorisations. Les SROS sont eux même beaucoup plus détaillés.
- [99] En 2003, les contrats pluriannuels d'objectifs sont alors généralisés, avec un régime juridique légèrement différent entre le secteur public et le secteur privé notamment en ce qui concerne la désignation de l'instance juridictionnelle compétente pour connaître du contentieux des contrats ; En fait, il s'agit plutôt de quasi contrats que de contrats. On voit qu'il se substitue ou presque aux autorisations. Ainsi, les objectifs quantifiés sont ils déterminés par voie contractuelle mais à défaut d'entente, les objectifs sont fixés unilatéralement par l'agence et inscrits dans l'autorisation, confirmant ainsi le rôle de substitut au régime des anciennes autorisations capacitaires. Le conseil constitutionnel indiquera que le régime des CPOM n'est pas tout à fait contractuel. Les contrats même s'ils sont empreints d'un certain caractère régalien deviennent le principal outil de dialogue entre la tutelle et les établissements. Dans le domaine des investissements, ils jouent un rôle fondamental. L'article L. 162-22-13 CSS, toujours en vigueur précise que les engagements souscrits par les établissements en contrepartie de l'attribution de dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation sont inscrits aussi dans le CPOM.
- [100] La DGOS demandera de même aux agences régionales d'inscrire les contributions du FMESPP dans les contrats des établissements.

7 LA LOI DU 21 JUILLET 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES, DITE LOI HPST INTRODUIT DE NOUVEAUX CHANGEMENTS DANS LA REGULATION

- [101] Aux ARH, ainsi qu'aux autres organes ou organismes existants au niveau régional, succèdent les agences régionales de santé. Les agences ont une compétence transversale touchant aux soins de ville, couvrant le médico-social et l'hospitalier. Elles absorbent les DRASS et l'essentiel des DDASS, les services des URCAM et les anciens services hospitaliers des CRAM ; Pour manifester cette transversalité, le SROS est intégré dans le Projet régional de santé qui entre autres comprend un SROS ambulatoire non opposable et un SROS hospitalier opposable lequel intègre l'ancienne annexe opposable qui comportait par territoire les implantations, les localisations d'équipements médicaux lourds et les objectifs quantifiés d'activité des territoires (OQOS territoriaux).
- [102] Le dispositif de régulation de l'offre de soins en vigueur dans le cadre issu de la loi HPST maintient :
- les objectifs en implantation car ils sont indispensables à l'attribution des autorisations, et sont un vecteur pour les restructurations nécessaires de l'offre de soins ;
 - les objectifs en accessibilité (temps d'accès sur les activités de soins ; temps d'attente pour les équipements matériels lourds), des outils ayant été développés en ce sens.
- [103] Il tire les enseignements de limites de celui du SROS III dans la gestion des OQOS volume et introduit un changement d'orientation dans le pilotage de l'activité des établissements de santé. Les objectifs en volume, opposables disparaissent au profit d'indicateurs de pilotage non opposables aux établissements qui constituent des repères traduisant les orientations stratégiques des ARS sur les territoires en matière d'évolution d'activité. C'est en quelque sorte la fin des quotas de production. mais aussi l'achèvement de la rupture du lien entre le SROS et les indications capacitaires.
- [104] **La régulation contractualisée de l'activité** porte sur les atypies identifiées par l'ARS nécessitant une inflexion de l'offre de soins sur les enjeux d'accès aux soins, de pertinence des soins, de résorption des inadéquations.

8 RENFORCER LA DOCTRINE ET LES OUTILS DE LA PLANIFICATION

8.1 Conforter les compétences des agences

- [105] L'alignement de la politique nationale, du projet régional de l'agence et des projets des établissements de santé via le CPOM et les autorisations sont globalement en place. De même, à l'exception des outils de dialogue sur le long terme, les ARS détiennent les principaux leviers d'action sur l'investissement : les ARS contractent via les CPOM, sur les principaux projets d'investissement au regard des orientations du SROS ; elles décident des financements supplémentaires pour appuyer les projets sur leurs marges d'aide à la contractualisation (pour les établissements MCO) ou sur les dotations annuelles de fonctionnement (établissement psychiatriques et SSR).
- [106] On a vu l'intérêt du développement des plans directeurs pour les établissements de santé et de leur annexion dans les CPOM. Existe-t-il d'autres nécessités d'ajustement voire de renforcement des compétences des ARS ?

- [107] La construction des SROS est d'autant facilitée qu'elle peut s'appuyer sur des politiques publiques, traduites en référentiels réglementaires ou indicatifs d'organisation définissant la graduation des soins sur le territoire et la densité souhaitable de consommation de soins ou d'offre de soins avec leurs capacités nécessaires. Elle est également facilitée par la mise à disposition d'outils d'analyse de la pertinence et de l'adéquation des soins. Deux secteurs pourraient en bénéficier : la santé mentale et les soins de suite et de réadaptation (SSR).

8.1.1 Préciser la doctrine en santé mentale

- [108] L'abandon de toute référence de moyens via un indice de lits/population n'a pas été remplacé en psychiatrie par de nouveaux indicateurs centrés sur les activités, comme cela l'a été dans les autres disciplines MCO. Les objectifs OQOS de psychiatrie du SROS III étaient formalisés en lits et place d'hospitalisation de jour et de nuit. Ces OQOS « activité » viennent d'être abandonnés en 2012 et il n'existe plus de référence.
- [109] Le dispositif de santé mentale vit toujours sur une politique d'organisation des soins centrée sur un secteur géographique théorique de 70 000 habitants issue de la circulaire du 15 mars 1960. Cette circulaire à maints égards révolutionnaire a conduit les hôpitaux psychiatriques à développer de manière prioritaire des prises en charge extrahospitalières diversifiées, à « désinstitutionnaliser » et sortir de la culture asilaire issue de la loi de 1838.
- [110] Le cadre réglementaire de planification spécifique de la psychiatrie des années 1985-86, qui a conduit aux schémas départementaux de santé mentale, s'est régionalisé, puis a rejoint le cadre de planification commun au sein du volet établissements de santé du SROS-PRS issu de la loi HPST.
- [111] Alors même que la notion de secteur s'est peu à peu effacée du cadre réglementaire jusqu'à en disparaître complètement¹², les textes d'application les plus récents continuent à s'y référer¹³ et l'organisation des soins reste très structurée sur ce modèle avec un découpage du territoire en 857 secteurs de psychiatrie générale et en 375 inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile¹⁴.
- [112] De même, les volets hospitaliers des SROS-PRS continuent à s'y référer explicitement. Ainsi celui d'Ile de France continue d'affirmer que «le secteur est le socle de l'organisation publique des soins psychiatriques ».
- [113] Une circulaire conjointe DHOS/MAINH du 20 décembre 2005, complétée d'un cahier des charges des opérations d'investissement, a précisé les conditions d'éligibilité de ces opérations au regard d'objectifs de santé publique prioritaires (développement des alternatives à l'hospitalisation, rapprochement des activités de psychiatrie des bassins de population, renforcement des capacités de prise en charge en pédopsychiatrie, humanisation des conditions d'hébergement).

¹² L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a abrogé la carte sanitaire issue de la loi de 1970 et les indices afférant définis par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques ; il fixait pour la psychiatrie générale l'indice des lits d'hospitalisation complète entre 0.5 et 0.9 pour 1000 habitants et l'indice global entre 1 et 1,8 lits et places pour 1000 habitants.

¹³ La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, fait, elle, toujours référence au « secteur ». Le guide du 1er août 2011 mentionne, page 9, la nécessité d'assurer la cohérence entre territoires et « sectorisation des soins psychiatriques ».

¹⁴ Données 2010

- [114] Il existe par ailleurs des guides d'appréciation des projets en psychiatrie¹⁵ Mais il n'existe pas de cadre territorial et d'organisation de référence, notamment qui permette de trancher entre organisation autonome par secteur ou mutualisée sur certaines activités, et notamment les activités d'hospitalisation. Il n'existe pas non plus de seuils minimum en termes de capacité d'hospitalisation sur un territoire donné. Si la capacité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adulte a fortement diminué, au profit des alternatives à l'hospitalisation, il existe de fortes disparités des taux d'équipement et les moyens de fonctionnement entre les secteurs¹⁶. Chaque équipe médicale de secteur porte donc sa conception du modèle de prise en charge qui se traduit dans des projets architecturaux à propos desquels les ARS sont bien en difficulté de juger de la bonne adéquation aux besoins.

Hétérogénéité des pratiques de mutualisation intersectorielle dans les projets d'investissement récents en psychiatrie.

CHS à Ville Évrard

L'EPS couvre la population de 80 % de son département : 1.2 M habitants répartis sur 33 communes sont desservis par 15 secteurs adultes et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Un projet d'organisation en 18 pôles (2006) puis 8 (2010) a cristallisé un conflit avec la direction qui a contribué au gel du projet médical (2011-2015) et au départ du directeur.

Chaque secteur dispose en propre de lits d'hospitalisation temps plein et de structures de soins ambulatoires ; le projet médical défend cette vision de secteur polyvalent, gérant avec une même équipe, un projet de prise en charge partagé. Ce projet peut différer d'un secteur à l'autre et conduit à une diversité de l'offre qui varie selon les secteurs.

Historiquement situé sur un seul site, excentré par rapport au département, l'EPS a conduit avec l'appui de la tutelle un double mouvement :

- trois nouveaux sites d'hospitalisation complète ont été créés au plus près des lieux de vie des patients. A terme 11 secteurs adultes et 2 secteurs enfants seront relocalisés. Ces évolutions se sont accompagnées d'une baisse concomitante des capacités d'hospitalisation complète de 23 % et d'une création de +62 % en hôpital de jour entre 1998 et 2011.
- à partir des années 1970, des structures de soins ambulatoires « au plus près » ont été créées (CMP, CATTP, HJ ; centres de crises..) aboutissant à une dispersion importante sur le territoire.

Depuis les années 2000, un mouvement de regroupement des unités CMP, CATTP, HJ d'un même secteur est en cours dans des «centres de jour ». Chaque centre de jour est aujourd'hui autonome. La mutualisation porte sur les seules ressources des CMP, CATTP, HJ appartenant à un secteur donné. Dans un cas observé par la mission, la totalité des locaux de deux centres de jour, reconstruits sur un même site en 2010, ont été dupliqués en miroir (deux entrées séparées donnent sur 2 bâtiments spacieux et accolés) : il n'existe, hormis le parking, aucune volonté de mutualiser entre les deux secteurs.

CHS à Marseille

Dans le cadre d'une opération de réduction des lits d'hospitalisation complète et de rénovation d'un bâti pavillonnaire vétuste, le projet d'établissement 2005-2009 prévoyait la reconstruction une par une des unités d'hospitalisation temps plein, avec une capacité future de 25 lits par unité.

¹⁵ Les Indicateurs en psychiatrie Guide de la MEAH

¹⁶ Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation » Questions d'économie de la Santé, n°145, août 2009

La Direction a décidé, pour la première opération, de regrouper 2 unités dans un même bâtiment, soit 50 lits en 2 unités et un secteur de soins intensifs de 2 fois 2 lits. Le CHS a achevé en 2011 son nouveau bâtiment d'hospitalisation complète pour ces deux secteurs psychiatriques adulte.

L'objectif était de faciliter la transition vers une gouvernance par pôle adoptée en 2007 dépassant le schéma 1 pôle = 1 secteur en vigueur antérieurement. Les deux secteurs partagent les chambres d'isolement, les secrétariats, les salles d'ergothérapie, l'office de préparation des repas.

Par contre la mutualisation des ressources est très limitée, puisque chaque secteur conserve son organisation et son équipe, y compris pour les ASH. Emblématique de cette situation : la cour du patio central, en principe commune a été séparée en deux par un grillage à travers lequel patients et soignants des deux secteurs peuvent s'observer. De même, l'une des 2 unités est ouverte une partie de la journée; l'autre reste fermée.

La direction précise que lors du Directoire de mars 2013, elle va présenter un schéma de gouvernance regroupant les pôles de psychiatrie générale 2 par 2; les 2 pôles en question ne feront alors plus qu'un, ce qui devrait permettre de reprendre le dossier de la mutualisation.

- [115] La capacité à arbitrer le bien fondé des projets et leur dimensionnement repose donc sur les consensus locaux des acteurs hospitaliers et de chaque agence et toutes les déclinaisons peuvent être rencontrées avec les justifications contraires d'une région à l'autre.
- [116] Les ARS peuvent, pour apprécier la pertinence d'un projet capacitaire en psychiatrie et donc estimer les investissements nécessaires, procéder à des analyses comparatives entre les différents territoires de sa région, entre sa région et les autres régions, voire avec d'autres pays européens, analyses portant sur des indicateurs lits et places population, files actives population, entrées population, DMS, séjours de longue durée etc...Le croisement de tous ces indicateurs peuvent permettre de positionner, de façon relative, une offre (un secteur donné, ou un groupe de secteurs) par rapport à des objectifs (diversification de l'offre, réponse aux besoins...).
- [117] Ces éléments d'appréciation ne sont pas toujours suffisants s'agissant de « challenger » certains choix comme ceux exposés ci-dessus : le secteur doit-il être complètement autonome sur l'ensemble des réponses aux besoins, ou une certaine part de mutualisation est-elle possible/souhaitable ? D'autres questions comme celle relative à l'utilité même du maintien d'unité d'hospitalisation complète, notamment en pédo-psychiatrie, peuvent difficilement être tranchées au cas par cas dans chaque région. Il existe au total un besoin de clarification de la doctrine de prise en charge qui repose sur un niveau national et (peut-être) un support législatif *ad hoc*. Ceci ne peut concerner que les seuls sujets liés à l'investissement dans ce secteur.
- [118] En 2009, la mission dirigée par E COUTY recommandait de définir réglementairement l'organisation des soins psychiatriques et de la santé mentale¹⁷. Cette recommandation est partagée par la commission des affaires sociales du Sénat¹⁸ qui propose de la décliner dans la future loi de santé publique. Une loi « santé mentale » appelée par beaucoup d'acteurs mais jamais finalisée ces dix dernières années, pourrait permettre d'affiner les éléments de doctrine qui font actuellement défaut.

¹⁷ COUTY E, CECCHI-TENERINI R, BROUDIC P, NOIRE D, Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport présenté à la ministre de la santé et des sports, janvier 2009, 86 p

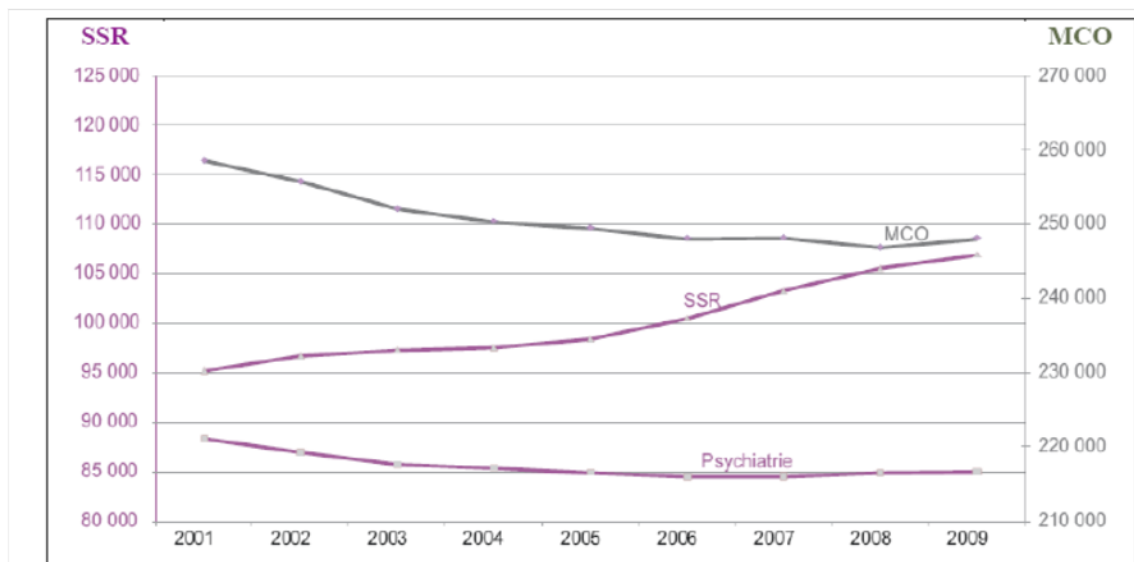
¹⁸ MILON A, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux. 19 décembre 2012. Recommandation n°2 : « Organiser une concertation avec l'ensemble des praticiens et les associations représentant les malades et leur famille pour que la

8.1.2 Les outils de mesure des inadéquations et la généralisation des outils de fluidification des parcours sont nécessaire pour renforcer la capacité de pilotage des investissements des ARS

[119] Un peu plus de 1800 établissements de santé proposent des soins de suites et de réadaptation en France pour une capacité totale de 108 600 lits et places. Il existe également de fortes disparités géographiques : PACA dispose de 607 lits et places pour 100 000 habitants de plus de 50 ans et la Guyane de 338¹⁹.

[120] Le développement de ce secteur de l'hospitalisation, située entre le court séjour et le domicile, les secteurs de long séjour ou médico-social est très dynamique par rapport aux secteurs MCO et *a fortiori* psychiatrie. Cette croissance a été portée principalement par le secteur privé avec la concentration des établissements au sein de grands groupes. La phase de croissance n'a pas permis de réduire les disparités de densités régionales d'équipement qui vont de 1 à 2 selon les régions.

Tableau 1 : Capacités en lits en places des établissements de santé par secteur



Source : DREES

[121] Il existe depuis 2008 un cadre normatif qui détaille les neuf secteurs d'activités de soins autorisés d'une part des conditions d'implantation de l'activité de SSR²⁰ et d'autre part, les conditions techniques de fonctionnement²¹. Ce nouveau cadre a généré la production de volets SSR du SROS 3 et d'autorisations en découlant. En 2010, la DGOS s'appuyait sur un rapport IGAS pour demander de freiner la délivrance des autorisations compte tenu de l'insuffisance des analyses médico-économiques²² ; le rapport IGAS faisait état :

- « d'une croissance générale des volumes et des implantations inscrits dans les volets SSR de 2009, y compris dans les régions les mieux dotées sans que l'analyse des besoins ne la justifie complètement ;

prochaine loi sur l'accès aux soins comporte des choix clairs et acceptables pour tous sur l'avenir du secteur et de la coordination des soins ».

¹⁹ DREES, Panorama des établissements de santé Edition 2012. 172 p.

²⁰ Décret DHOS no 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR

²¹ Décret DHOS no 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR

²² DGOS Instruction aux ARS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR

- d'une forte dynamique des dépenses relatives au champ des activités de SSR des établissements financés sous OON, depuis 2006 ; la progression annuelle dépasse 9 % et résulte pour plus des deux tiers de créations ou conversions d'activité alors que, sur la même période, celui du secteur MCO est de l'ordre de 3 % ».

[122] La Cour des comptes dans l'annexe de son rapport annuel sur les LFSS 2012 consacré au secteur SSR relève que le mode de financement au prix de journée explique la forte croissance 2002-2009 tant de l'activité que des capacités d'hospitalisation complète et surtout partielle qui repose presque uniquement sur les cliniques privées. Le système de financement n'est pas homogène et un financement à l'activité favorise ces évolutions des SSR du privé. Les ARS doivent planifier dans des contextes tarifaires distincts pour ces secteurs ce qui rend l'exercice difficile.

[123] Par ailleurs, la Cour relève que la mise en place du cadre réglementaire est survenue tardivement par rapport à la phase de croissance. Enfin, il n'a pas existé jusqu'à récemment d'outil de mesures fines des besoins à l'image de l'outil Trajectoire développé par l'ARH de Rhône-Alpes ou des mesures régionales des inadéquations tant dans le secteur MCO (susceptibles de relever des SSR le secteur, qu'en secteur SSR lui-même)²³.

[124] Le report du passage à un mode de financement à l'activité T2A-SSR de 2013 à 2016 pour cause d'immaturation des outils actuels et le maintien d'une modulation limitée, sur la base du point d'indice de valorisation de l'activité IVA ne facilite pas la régulation par les ARS à court terme. La Cour souligne à juste titre que ce nouveau délai pourrait être mis utilement à profit pour développer les outils internes de connaissance de la pertinence des séjours (aide à l'orientation via Trajectoire, et méthodologie de mesure fine des inadéquations pour les établissements de santé et les ARS).

²³ Cour des comptes. Annexe XII sur les activités de soins de suite et de réadaptation. RALFSS 2012 p 340-369 ?

ANNEXE 5 : LE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS INSUFFISAMMENT ORIENTE ET AIDE JUSQU'AU PLAN HOPITAL NUMERIQUE

1 DES SYSTEMES D'INFORMATION ENCORE INSUFFISAMMENT DEVELOPPES NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA GESTION DES SOINS

- [125] Le comité européen des industries de technologies d'information et de communication, radiologiques et médicales (COCIR) estime à 2,5 milliards d'euros le marché européen annuel des TIC de santé en 2010, ainsi répartis:
- [126] -940 millions pour les systèmes d'information administrative ;
- [127] -55millions pour la cardiologie y compris le PACS en cardiologie ;
- [128] -787 millions pour les systèmes d'information clinique ;
- [129] -220 millions pour les systèmes d'information des laboratoires ;
- [130] -533millions pour les systèmes d'information radiologique dont le PACS (*picture and archiving communication system*).
- [131] Bien que le marché français représente ,la même année 850 millions d'euros, notre pays accuse un retard dans la mise en place des dossiers de patients informatiques(en 2010 seuls 35 % des hôpitaux français connaissaient un début de mise en place de dossiers patients informatisés, seul le Royaume-Uni accusant un retard plus élevé) et dans la numérisation de la radiologie (PACS)30 % seulement des hôpitaux français s'étant doté d'un tel système.
- [132] Le rapport « Hospital information systems market, publié en Mars 2009 et cité dans le rapport de l'IGAS sur l'évaluation de du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers²⁴ s'attend que l'activité marché SIH en France connaisse une progression de l'ordre de 3,5 % par an. Les nouvelles installations de logiciels devraient logiquement porter sur le segment médico-technique, et l'évolution globale du marché être surtout potée par le développement de la maintenance.
- [133] L'ensemble des dépenses informatiques des hôpitaux et des cliniques, incluant les coûts de personnel est estimé par la DGOS et l'IDC à 1,3 milliard d'euros, pour 2 milliards d'euros concernant l'ensemble des systèmes d'information de santé en France. Ces 1,3 milliards représentent environ 1,8 % du chiffre d'affaire des cliniques et hôpitaux soit un montant relativement peu élevé.

²⁴ Mustapha KHENNOUF, Vincent RUOL : évaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH. Mars 2011

2 LE CARACTERE DIFFUS DES IMPACTS DE L'INVESTISSEMENT INFORMATIQUE HOSPITALIER N'EMPECHE PAS DES BENEFICES MICROS ET MACROS DONT LA CAPTURE NE DOIT PAS ETRE RETARDEE

- [134] Les missions d'appui auprès de la DGOS auxquelles participait l'IGAS ont pointé le caractère diffus des bénéfices de l'informatisation²⁵. La DGOS a, elle-même, conscience de ce problème et a lancé un appel d'offres en vue d'obtenir des études sur la manière d'apprécier la création de valeur par les SIH.
- [135] L'informatisation peut apporter des gains de productivité dans certaines tâches qui, associées à une réorganisation permettent de réallouer une partie de l'activité des personnels vers d'autres tâches qui étaient préalablement non accomplies ou insuffisamment ou mal ; Le gain est absorbé par l'ensemble de l'établissement sans traduction budgétaire au niveau de l'ensemble. Il n'est pas toujours possible de le faire apparaître sans traduction immédiate dans les budgets, une nouvelle application peut cependant infléchir le cours futur de la progression des dépenses d'une manière plus souvent aperçue ex post qu'en temps réel. Le gain consiste en amélioration du service rendu sans baisse de la dépense. Ainsi l'informatisation peut permettre de mettre en œuvre des processus qui seraient à défaut sinon impossibles du moins très difficiles à réaliser. C'est le cas par exemple pour la délivrance nominative des médicaments.
- [136] Lorsque l'informatisation s'effectue à organisation à peu près constante mais avec réduction de la charge en travail, il peut en résulter des gains de productivité susceptibles d'avoir une traduction budgétaire. Si l'informatisation est associée à une réorganisation le gain peut également être budgétaire, par exemple réduction de la durée de séjour par diminution des temps d'attente avant un examen ou un transfert.
- [137] L'informatisation peut parfois entraîner des gains directs et tangibles par exemple en réduisant des consommations intermédiaires (suppression de films argentiques, réduction des surfaces de stockage de dossiers papiers).
- [138] Une informatisation de seconde génération peut engendrer également des gains par rapport à un système antérieur (plus de maniabilité ; plus de rapidité, plus d'intégration et donc moins de recopies) avec des gains microéconomiques plus diffus.
- [139] Cependant le bénéfice attendu peut être recueilli par l'assurance maladie ou par la population sans qu'il en résulte, même si la démarche qualité est source d'efficacité un gain budgétaire direct pour l'établissement lui-même. Ce peut être le cas des procédures de partage de l'information avec l'extérieur par exemple avec les médecins traitants, et de toutes les procédures de prescription et de délivrance connectées qui accroissent la garantie que le bon médicament soit délivré au bon malade, réduisent le nombre d'examens redondants, permettent de limiter l'usage de médicaments encontre-indication. Il en résulte une réduction de la demande de soins toutes choses égales par ailleurs, par rapport à un trend de référence. Ce trend peut être le trend observé avant la mise en œuvre des mesures, mais la poursuite de ce trend pendant la période suivant repose elle-même sur une hypothèse. Dans les faits, d'autres évolutions ou d'autres influences peuvent se produire concomitamment à la mise en place par exemple des prescriptions connectées. Par ailleurs les gains de productivité peuvent ne pas réellement être saisis d'une manière financièrement tangible. Ainsi le gain de temps réalisé par la réduction du nombre d'appels d'un pharmacien sur des ordonnances informatisées s'il est bien réel, ne se traduit nécessairement ni par une réduction du nombre de pharmaciens ou de quotités de pharmaciens ni par une réduction de rémunération. Cette considération tempère quelque peu les évaluations résultant de diverses études nord américaines.

²⁵ André LOTH, Jean louis BONNET : mission d'appui au projet de plan hôpital numérique

[140] On fera cependant ici mention d'une étude en ligne du cabinet DELOITTE et TOUCHE Canada de septembre 2010²⁶. Cette étude portait sur le bénéfice national de programmes d'information médicale mis en place par les administrations canadiennes. Ces systèmes d'informations médicales visaient autant les soins dits communautaires qu'hospitaliers. En Mars 2010, le déploiement avait surtout eu lieu dans les provinces de l'ouest. Le système d'information sur les médicaments de deuxième génération permettait la consultation en ligne du profil de consommation pharmaceutique d'un patient, et l'amélioration du rapprochement des médicaments et de la vérification des interactions médicamenteuses. L'étude envisage des bénéfices en qualité estimés à 227,5 millions de dollars canadiens soit 63,5M\$ pour la réduction des événements iatrogènes médicamenteux (23M\$ pour des EIM suite à hospitalisation), 71,1M\$ du fait d'une réduction de l'usage préjudiciable des médicaments, et 92,8 millions du fait d'une amélioration de la fidélité au traitement et de gains de productivité pouvant aller jusqu'à 59,8M\$ pour les pharmaciens (moins d'appels de confirmation au près des prescripteurs, 20,3M\$ pour les techniciens en pharmacie et 45M\$ par augmentation des possibilités de substitution thérapeutique et générique soit 125,1m\$.(les gains de productivité ne sont pas des économies budgétaires nécessairement), pour 16,9M\$ de ventes de médicaments en officine et à l'hôpital. La troisième génération des systèmes d'information sur les médicaments doit comprendre la prescription en ligne, la consultation en ligne des profils de consommation pharmaceutiques en tous endroits, la récupération électronique des ordonnances par les pharmaciens et des outils d'aide à la décision en ligne pour les pharmaciens et prescripteurs. Les avantages attendus en terme de qualité, au terme du déploiement, Canada entier, passaient alors à 1477,7M\$ pour la qualité (bénéfice macros) et à 802,4M\$ en gain de productivité.

[141] Il sera intéressant de disposer des bilans de réalisation de cette opération.

[142] Deux raisons d'une aide financière à l'informatisation des hôpitaux émergent. La première tient justement à ce que des bénéfices macros ne soient pas assortis de réductions de dépense pour l'établissement. La seconde est que la capture des gains prend du temps (lenteur de mise en place des systèmes, lenteur postérieure des redéploiements susceptibles d'en résulter, enfin complexité initiale de mise en œuvre par les usagers.) L'aptitude des décideurs à supporter l'effet tunnel de la mise en œuvre est variable et se traduit au pire par des remises en cause récurrentes avant aboutissement.

3 DES AIDES AU PLAN HOPITAL 2007 MAIS PAS D'ORIENTATION

[143] Le montant d'opérations aidées au titre du plan Hôpital 2007 s'est élevé à 394,6 millions d'euros en fin de plan. 518 opérations informatiques ont émargées au plan H2007. Mais les crédits se sont concentrés sur 87 opérations au montant individuel supérieur à 700 000€ contribuant parfois à la mise en œuvre de plateformes d'architectures informatique. En montant total d'opération, les systèmes d'information hospitaliers ont ainsi représentés de l'ordre de 2,5 % des dépenses. Le total des aides accordées au titre du plan H2007 était évalué par la cour des comptes en 2007 à 155,76M€ (44,9M€ en subventions, 110,86M€ en aides de fonctionnement.

[144] Dans le bilan qu'elle a tiré du plan H2007 en matière d'informatique, la MAINH a pointé les carences en management de projets soit dans les établissements soit au niveau régional qui n'apu développer de rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage. On peut noter dans la période 2003-2007, un développement des systèmes d'information, avec une insistance sur les outils d'aide à la décision et sur l'informatisation du circuit du médicament. Cependant, le plan hôpital 2007 dans le domaine informatique a essentiellement accompagné le mouvement qui se manifestait dans les établissements.

²⁶ Impact national des systèmes d'information sur les médicaments de deuxième génération. Rapport technique septembre 2010 cabinet DELOITTE et TOUCHE Canada.

- [145] La cour des comptes dans le chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 a relevé que la mobilisation des équipes de direction des établissements de santé était inégale et que la couverture fonctionnelle des établissements restait très insatisfaisante, notamment en ce qui concernait le dossier du patient. Les équipes informatiques des établissements n'apparaissaient réellement étoffées que dans les centres hospitaliers régionaux.
- [146] La cour en imputait largement la responsabilité à la faiblesse du pilotage exercé par la tutelle. Outre un désinvestissement historique de la DHOS, la cour relevait la multiplicité d'acteurs insuffisamment coordonnés. Le GMSIH n'était à la date du rapport toujours pas doté d'un contrat d'objectif et de moyens avec la DHOS et les perspectives de recomposition des différentes agences concernées imprécises. La compétence de la MAINH en matière d'informatique n'a été réellement instaurée qu'en 2005. Elle a essentiellement créé dans les agences régionales un réseau de chargés de mission.
- [147] La cour enfin relevait l'absence de recoupement entre le projet DMP et le développement des systèmes d'information hospitaliers.

4 DES AIDES AU PLAN H 2012 : RETARDER CE QUE L'ON VOULAIT ACCELERER

- [148] Par opposition à ce qui s'était passé au plan H2007, la circulaire DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan hôpital 2012 comporte de réelles précisions. Les aides aux SIH seront déléguées pour l'informatisation du processus de soins.
- [149] Les dossiers retenus devront :
- [150] –intégrer un dossier informatisé de production de soins ;
- [151] –assurer la communication interne et externe par l'utilisation d'infrastructures techniques et fonctionnelles (identifiant patient, services d'annuaires, services de sécurité...) intégrant les référentiels nationaux disponibles ;
- [152] –être compatibles avec les échanges d'information exigés par la modernisation du système de santé : alimentation et consultation du dossier médical personnel et facturation directe des soins aux caisses d'assurance maladie.
- [153] Le plan Hôpital 2012 prévoit 10 milliards d'investissements soutenus par 5 milliards d'aides sur fonds d'assurance maladie soit en subvention soit en aide au fonctionnement. Il est divisé en deux tranches qui comportent elles même chacune deux fenêtres. Sur l'ensemble du plan, 15 % des aides doivent être consacrées aux SIH. Pour la première tranche cependant, la part des SIH ne représentent que 690 millions d'investissements aidés à hauteur de 350 millions d'euros.
- [154] Comme le souligne le rapport IGAS sur le développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers, les mécaniques d'attribution d'aides ont contribué à ralentir le déploiement des SIH, les établissements retardant leurs projets dans l'attente des notifications, aussi bien pour la première que pour la deuxième fenêtre de la première tranche du plan. A ces difficultés qui auraient pu être évitées, se sont ajoutées d'autres causes plus classiques (défaillance des éditeurs, manque de ressources en interne, sous estimations initiales du coût du projet). Cet effet de retard et de dissuasion se constate bien sur également pour les investissements immobiliers, mais joue ici différemment, en raison des moindres montants financés.

- [155] Dans le cas de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille²⁷, la cour des comptes note que le coût de l'échec du DPI à l'APHM excède le montant de la subvention accordée par le plan Hôpital 2012.
- [156] Le rapport de synthèse, dressé par l'ANAP, de la troisième campagne de revues régionales (tranche 1 du plan Hôpital 2012 systèmes d'information en production de soins) fait apparaître que 262 projets concernant 460 établissements ont été développés dans ce cadre dont 134 mutualisés. Les blocs fonctionnels les plus représentés sont la prescription (187 projets), le bloc médico technique (183 projets : blocs opératoires ; PACS ; pharmacie) le dossier de soins (177projets) le dossier médical (175projets) Dès cette époque le retard de mise en œuvre se précise. Seuls 79 projets ont fait appel à une assistance à maîtrise d'ouvrage.
- [157] L'ANAP a réalisé 19 diagnostics partagés comportant une visite d'une journée et deux missions d'appui, une longue et une ponctuelle. L'ANAP indique qu'elle n'a pu parvenir à une connaissance des finances des projets en exécution ni par les campagnes de revues régionales ni par l'observatoire des systèmes d'information. Les bilans fournis ne comportent pas d'éléments permettant d'apprécier si certains des objectifs initiaux du plan H2012 étaient atteints ; en particulier la conformité aux différents référentiels disponibles, l'interopérabilité et le rapprochement avec le DMP. Lors de la journée d'accompagnement des projets Hôpital 2012, la DGOS a indiqué que 131 des 264 projets de la tranche 1 du plan H 2012 ne seraient pas achevés avant la fin de l'année.

5 DES SYSTEMES EMERGENTS, PARFOIS FRAGILES OU LENTS A METTRE EN PLACE

- [158] Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales de juillet 2010 portant sur la sécurisation du circuit du médicament à l'AP-HP²⁸, avait relevé les évolutions se faisant jour dans le système d'information d l'assistance publique. La situation des systèmes en cause se caractérisait par un grand nombre d'applications développées en interne ou au contraire achetées sur étagère. Ce constat n'apparaissait pas pour autant inconvenant, le système de santé étant par nature confronté à une forte complexité, nécessitant de relier des métiers très variés et techniques à la fois et concernant des clients au parcours ne pouvant être totalement prédéfinis (pas de ligne produits, avec des utilisateurs nombreux et très répartis. L'Assistance publique met en place à l'époque un projet de Nouveau système d'information : NSI aussi bien pour la gestion que pour le suivi du patient. Ce projet est fondé sur un progiciel de gestion intégré, leader mondial dans le champ des grandes entreprises mais encore peu présent dans le secteur public ; ce projet souffre de quelques imperfections touchant à la lourdeur d'utilisation et aux incidences d'une gestion décentralisée sans spécialisation des habilitations mais représente un progrès sensible par rapport à l'état de choses antérieur.
- [159] Le projet NSI patient fera lui l'objet d'une dénonciation d'un premier marché en 2007et subit donc un retard de trois ans sur NSI gestion. L'Assistance publique adopte un progiciel intégré ORBIS qui doit rassembler l'ensemble des informations relatives à un patient et interfacées avec les logiciels techniques (imagerie etc..) ou périphériques dont NSI gestion.

²⁷ Cour des comptes, Rapport public annuel 2012-février 2012 : L'assistance publique-hôpitaux de Marseille : l'échec de son projet d'informatisation du dossier du patient.

²⁸ Muriel DAHAN, Jacques SAURET : Sécurisation du médicament à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Juillet 2010

- [160] Le projet doit se déployer sur des sites pilotes (Ambroise Paré) en trois bascules : la mise en place d'un serveur d'identité et des mouvements, la gestion des unités de soins (prescriptions, dossier médical *etc...*) intégration des plateaux médico-techniques ; L'ampleur du projet qui concerne à terme 72000 utilisateurs entraîne lenteur et scepticisme. La mission de 2010, cependant convaincue des avantages des solutions retenues par l'Assistance Publique en raison de leur caractère intégratif, recommande de poursuivre le projet NSI gestion en sécurisant toutefois les bases de référence des produits et de conforter le projet NSI-patient fût ce au prix d'un détente du calendrier et d'un gel des investissements tiers à NSI Patients dans le champ des systèmes d'information.
- [161] A l'occasion de sa rencontre avec les responsables de l'AP-HP dont l'objet était purement informatif, notre mission a pu constater que le NSI patient ORBIS était utilisé partiellement à l'hôpital Ambroise Paré et à l'hôpital Bicêtre ; les modules d'identification et de prise en charge du patient ont été mis en place à Ambroise Paré à compter de septembre 2010, le volet concernant les unités de soins y a été progressivement déployé à compter de juin 2011 en commençant par la cardiologie, (l'ophtalmologie et le service de maladie du sommeil sont seuls à ne pas encore utiliser le NSI). Le volet identité a été mis en place à Bicêtre à partir d'octobre 2012, permettant d'observer le fonctionnement d'une identification unique du patient dans deux établissements différents.
- [162] A Ambroise Paré, les médecins prescripteurs peuvent demander des examens de radiologie via le système informatique et accéder aux résultats via celui-ci (c'est, on le sait un des objectifs du plan Hôpital numérique). L'interfaçage entre ORBIS et le Dossier médical personnel est prévu et fonctionne déjà pour ce qui concerne les compte-rendus de cardiologie d'Ambroise Paré.
- [163] Si les fonctionnalités semblent assez largement acquises, l'importance du nombre d'établissements entrainera nécessairement un décalage du déploiement qui se poursuit par l'Hôpital Tenon, les dirigeants de l'AP-HP espérant pour la suite une « industrialisation » du déploiement.
- [164] L'informatisation peut aussi concerner les petits établissements (*cf.* encadré sur le CH de Loches dans le tome I du rapport).

6 UNE CONVERGENCE INSUFFISANTE AVEC LA MISE EN PLACE DU DMP

- [165] Le dossier médical personnel été introduit dans le droit par la loi du 13 Aout 2004 relative à l'assurance maladie. Ce dossier qui visait à permettre aux 61 millions de patients et aux quelques 500 000 professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement d'accéder dans des conditions sécurisées à des bases de données stockant des données médicales personnelles détaillées, était prévu comme devant être prêt en 2007. Ces délais n'ont pas été tenus. Un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et du conseil général des technologies de l'information²⁹ a mis en exergue le caractère irréaliste des délais, l'insuffisance des financements accordés, la méconnaissance des pré-requis en terme d'identification, le temps nécessaire à la première constitution du dossier, le caractère illusoire de certaines des économies alléguées.

²⁹ Inspection générale des finances, inspection générale des affaires sociales, conseil général des technologies de l'information : rapport sur le dossier médical personnel, novembre 2007

- [166] Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, la cour des comptes a relevé l'absence de coordination existant entre le développement du DMP et celui des autres systèmes d'accès en ligne des dossiers médicaux, singulièrement, l'historique des remboursements de la CNAMTS et des deux autres régimes généraux d'assurance maladie ainsi que de dossiers médicaux régionaux lancés, en particulier en Picardie et en Rhône Alpes, par des GCS appuyés sur les agences régionales d'hospitalisation. Dans la même période naît le dossier pharmaceutique promu par le conseil national de l'ordre des pharmaciens qui connaît un déploiement très rapide.
- [167] En octobre 2012, le débat parlementaire sur le PLFSS conduit la commission des affaires sociales à demander la remise par le gouvernement d'un rapport produisant « les résultats d'un audit portant sur le caractère opérationnel du dossier médical personnel et sa gestion par l'agence des systèmes d'information partagée de santé et formulant des propositions quant à l'opportunité de la poursuite du projet ». (La cour des comptes avait remis en septembre 2012 un rapport sur ce même sujet qui n'a pas encore été rendu public) Certains élus se sont émus que le montant des dépenses exposées dans des systèmes d'accès en ligne ayant vocation à converger avec le DMP, tels que le dossier pharmaceutique d'officine, l'historique des remboursements de la CNAMTS, ou les différents dossiers du patient informatisés, ont été supérieures à celles consacrées par ailleurs au DMP lui-même. Bien que l'intégralité des sommes allouées dans le cadre des plans H2007 et H2012 tranche 1 au développement des SIH n'aient pas été réservées au seul DPI, il est clair que celui-ci ou plutôt ceux-ci ont représenté une part non négligeable des coûts exposés.
- [168] La mission constate que le développement des dossiers de patients informatisés hospitaliers laisse la France encore en arrière par rapport aux autres pays comparables et que leur création est source de cohérence et d'efficacité dans les établissements. Il aurait été hautement souhaitable que les bases réglementaires du DMP et des conditions d'accès à l'information qu'il comporte, ainsi que de l'identifiant national de santé, soient en place : tel n'a pas été le cas. De même, une clarification des objectifs poursuivis par le DMP entre visée de santé publique et maîtrise de la dépense est certainement nécessaire. Dans la pratique, le DMP, si l'ambiguïté résultant de la multiplicité de ses objets attendus était levée, aura besoin pour se développer véritablement de s'appuyer sur le dossier pharmaceutique les dossiers de patients informatisés qui dans les hôpitaux auront pu être reconnus utiles par les professionnels ; d'ores et déjà les montants consacrés à ces dossiers apparaissent supérieurs à ceux consacrés spécifiquement au DMP. Inversement, une référence nationale est nécessaire pour garantir la sécurité, la confidentialité, l'interopérabilité et amener les dossiers existants à se situer définitivement dans une optique de transversalité qui, à défaut, ne pourra pas s'imposer.
- [169] Réunir sous une même autorité technique le suivi de la mise en place du DMP et le développement des systèmes d'information de santé, s'avère indispensable.

7 UN DEBUT D'ORIENTATION NATIONALE : LE PROGRAMME HOPITAL NUMERIQUE

- [170] En novembre 2011, la DGOS a lancé le programme Hôpital numérique, fortement original par rapport aux plans précédents.
- [171] Le programme hôpital numérique définit en effet un socle que l'on se propose de faire acquérir par sinon la totalité des établissements de santé à l'horizon 2015, qu'ils bénéficient ou non des aides financières du plan, du moins par la plus grande partie possible d'entre eux.

- [172] Ce socle comprend trois domaines d'infrastructure que doivent posséder les établissements :
- [173] –l'identification du patient et sa localisation dans l'établissement (existence d'une cellule d'identito-vigilance, d'un référentiel d'identité du patient *etc.*). On note cependant qu'il n'existe toujours pas d'identifiant national de santé,
- [174] –une appréciation de la disponibilité des applications informatiques (plan de reprise des applications existantes ; évaluation du taux d'indisponibilité des applications) on veut assurer la continuité de fonctionnement des applications les plus critiques,
- [175] – la confidentialité dans l'accès aux données médicales tributaire de l'existence d'un politique générale de sécurité du système d'information.
- [176] Cinq domaines fonctionnels sont sélectionnés comme cible :
- [177] –la mise à disposition des résultats et compte- rendus d'examens des plateaux techniques qui devront être consultables sous forme électronique depuis les services de soins,
- [178] –un contenu et des fonctionnalités minimum du dossier patient informatisé, permettant par ailleurs d'alimenter le dossier médical personnel,
- [179] –l'informatisation des différentes prescriptions alimentant le plan de soins,
- [180] – la gestion des ressources de l'établissement (disponibilité des lits par exemple et gestion de l'agenda du patient (la fluidité du parcours du patient peut prévaloir sur des gestions de laboratoires à flux tendu,
- [181] –les tableaux de bord et les outils de pilotage médico-économique.
- [182] Un mode de financement original est fondé pour l'essentiel sur le constat d'un usage significatif (*meaningful use*) des technologies d'information et de communication.
- [183] Le financement est accordé lorsque les dispositifs inscrits dans chacun des cinq domaines prioritaires fonctionnent effectivement, selon des spécifications fonctionnelles précisément définies. L'établissement fixe lui-même l'ordre dans lequel chacun des domaines est abordé. Les aides propres à chaque domaine fonctionnel sont versées au fil de l'eau lorsque les cibles sont atteintes, les montants des subventions étant calculés, en fonction de la taille des établissements sur la base de coûts standards et non pas des factures payées.
- [184] L'avantage du programme est de se donner des objectifs fonctionnels à atteindre et non pas des montants de dépenses à effectuer dans un délai donné. Son succès reposera cependant sur la confiance que mettront les établissements dans la perspective de financement (la deuxième tranche du plan H 2012 prévoyait des montants d'investissements informatiques de 960M€ qui n'ont nullement été financés et dans la solidité des équipes assurant le suivi de l'opération ; on voit bien que le ministère ne disposant pas d'équipes véritablement assez nombreuses devra s'appuyer pour la réalisation sur le niveau régional (ARS et MOA régionales). Dès lors que les thèmes de l'interopérabilité, et du DMP deviennent prégnants, il est souhaitable que l'ASIP soit de plus en plus impliquée dans le suivi de l'ensemble, et joue un rôle d'animation du réseau des MOA et de suivi technique du plan Hôpital numérique, au moins dès qu'il s'agit de DMP, d'identifiant de santé et d'interopérabilité.

8 L'APPARITION DE POTENTIALITES D'AIDE A LA MAITRISE D'OUVRAGE (ASIP ; MOAR)

- [185] Un rapport de KPMG de novembre 2012 commandé par l'ASIP- Santé a dressé un état des lieux des maitrises d'ouvrage régionales en matière de système d'information de santé.
- [186] A la date du rapport, 23 structures de maitrise d'ouvrage existaient. Toutes ces structures s'étaient constituées sous la forme de GCS de moyens, majoritairement de droit privé. De 2009 à 2011, le nombre moyen de membres de l'assemblée générale passait de 37 à 63 et la représentation des professionnels libéraux, puis des autres catégories d'intervenants y augmentait fortement, réalisant ainsi une avancée significative vers la fédération des acteurs de santé.
- [187] Les effectifs des MOAR sont passés de 2009 à 2011 de 110 à 255 ETP et leur budget a doublé dans la même période atteignant 48,7M€. La part du financement des ARS dans l'investissement et les projets est de 50 % ; celle de l'ASIP est de 28 %. Le rôle des ARS, persuadées de l'intérêt de pouvoir développer des projets transversaux s'affirme au travers de la définition des feuilles de route des MOAR, de la nomination de leur administrateur et de leur directeur. Ce rôle accru devrait entraîner une évolution des chargés de mission en système d'information qui sont souvent seuls et même isolés. Il sera probablement nécessaire d'étoffer cette fonction dans les ARS et de l'orienter vers des profils plus stratégiques qu'opérationnels.
- [188] La taille des portefeuilles de projets a considérablement augmenté sous l'influence de l'augmentation du nombre de parties prenantes, de la création de nouvelles MOAR et du souhait des maitrises d'ouvrages de bien marquer leur place dans le paysage régional. Les portefeuilles comprennent un mélange de projets régionaux et de projets d'impulsion nationale ; une bonne part des projets n'est pas encore entrée dans une phase active de réalisation. La très forte augmentation du nombre de projets conduit à douter de la capacité des MOAR à mettre en œuvre la totalité de ceux ci.
- [189] La professionnalisation des MOAR s'est accrue, mais ne comporte pas toujours la totalité des expertises requises (juristes ; acheteurs, spécialistes d'architectures techniques et d'urbanisation des systèmes).
- [190] La similitude de besoins entre les régions, la contrainte financière toujours présente plaident pour la mutualisation. Bien que certaines mutualisations à l'initiative des régions les plus importantes aient pu débiter, la mission estime que la chance de voir celles-ci se produire semi- spontanément est faible.
- [191] Au-delà de la démarche de bon sens consistant à éviter de dupliquer des projets régionaux semblables, il demeure la nécessité que le niveau national mette à disposition un certain nombre de référentiels ou de services qui ne sont pas produits au rythme attendu par les MOAR. En dehors de la longueur connue et normale de tels projets, le partage des rôles nationaux demeure t'il indécis entre la DGOS, la DSISS appelée à s'intégrer dans une nouvelle direction des systèmes d'information au secrétariat général des ministères sociaux, l'ASIP pour ne pas même parler de l'ANAP.

[192] La quatrième condition de réalisation des espaces numériques régionaux de santé figurant dans le rapport de la mission de relance du DMP d'avril 2008³⁰ n'est aujourd'hui pas remplie : favoriser le recours à des solutions industrielles standards et mutualisées avec d'autres territoires. Il y manque l'intervention de décisions de la puissance publique. Comment en effet progresser dans la voie de la convergence avec le DMP alors que les textes réglementaires définissant celui-ci ou bien l'identifiant national de santé ne sont toujours pas parus au 31 décembre 2012.

³⁰ GAGNEUX, Michel : «pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé »

ANNEXE 6 : LES POLITIQUES D'EQUIPEMENT EN MATERIEL, EN IMAGERIE MEDICALE ET EN RADIOETHERAPIE, CONTREDITES PAR L'ABSENCE DE REFORME DE LA TARIFICATION

1 LES EQUIPEMENTS LOURDS EN IMAGERIE MEDICALE

- [193] Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, la Cour des comptes³¹ estimait que le régime d'autorisation était insuffisant pour répondre aux enjeux de santé publique, que la tarification était coûteuse et mal ciblée et que la politique mise en œuvre n'intégrait pas les perspectives d'évolutions thérapeutiques, technologiques et organisationnelles.
- [194] Le régime d'autorisation des équipements médicaux lourds a été conservé pour les appareils d'imagerie médicale, notamment en raison du fait qu'il n'existait pas d'autorisation relative à l'activité libérale de radiologie. Les autorisations ont été déconcentrées en 1993 pour les scanners, en 2001 pour les IRM et en 2006 pour les tomographes par émission de positons. De 2002 à 2009, le nombre d'IRM est passé de 230 à 520. Les objectifs quantitatifs retenus par l'ensemble des SROS III prévoyaient une progression en cinq ans de 30 % pour les scanners, de 45 % pour les IRM et de 61 % pour les TEP.
- [195] Cette progression laisse cependant persister de grandes différences d'une région à l'autre. Ainsi de la Bourgogne deux fois moins équipée que la région Île-de-France. La prise en compte de l'épidémiologie ne donnait pas de meilleurs résultats. Ainsi, les deux régions où la mortalité par cancer était la plus faible avaient défini des objectifs supérieurs à la moyenne nationale et trois régions où la mortalité par cancer était la plus élevée avaient défini des objectifs inférieurs à la moyenne nationale.
- [196] Alors que le nombre d'heures d'utilisation par jour des équipements paraissaient particulièrement disparates, les délais d'accès demeuraient élevés. Le recours à un examen par IRM cérébrale pour les suspicions d'AVC n'était en fait pas toujours pratiqué dans les délais permettant de respecter le délai recommandé de 4h30 suivant l'apparition des premiers symptômes, pour l'administration intraveineuse d'un agent thrombolytique. En ce qui concerne les cancers, les délais demeuraient très élevés en dépit de l'augmentation du nombre d'appareils.
- [197] Le niveau des forfaits techniques qui rémunèrent les frais d'amortissements et de fonctionnement d'un appareil était suffisamment élevé pour, selon une étude de la CNAMTS de 2003, laisser apparaître des écarts entre les coûts effectifs et les tarifs des IRM de 17 % en province et de 22 % à Paris. Le montant de ces forfaits techniques dépend du lieu géographique, de l'âge du matériel, de sa puissance et du nombre d'actes réalisés par an. Pour autant, la baisse des forfaits des IRM n'a été que de 2 % en 2005, suivi, il est vrai d'une autre baisse de 4 % en 2007.

³¹ Cour des comptes sécurité sociale 2010 –septembre 2010 chapitre XII La politique d'équipement en imagerie médicale

- [198] A l'intérieur du nombre d'autorisations délivrées, la place des appareils « de bas champ » mérite d'être précisée. La différence de tarifs entre bas champ et haut champ demeure relativement faible, ce qui accroît la marge des radiologues de sorte que le gain du développement du bas champ ou du champ modéré, dans la structure actuelle ne reviendrait que pour une faible partie à l'Assurance maladie.
- [199] Enfin, la Cour relevait la distorsion de la tarification de l'imagerie en cas d'hospitalisation en établissement de santé public ou privé, incluse dans le tarif d'hospitalisation, il est vrai plus élevé dans le premier cas, s'y ajoutant dans le second.
- [200] De manière générale la Cour des comptes regrettait qu'« il n'existe pas de structure en charge du suivi de l'évolution de l'état des connaissances en imagerie, pour coordonner, organiser et hiérarchiser l'information et la rendre utilisable par les acteurs en charge de la planification ».
- [201] Concomitamment, l'Assurance maladie a retenu dans son programme de gestion du risque à destination des ARS, sous le thème **favoriser un développement soutenable des équipements lourds**, les éléments suivants :
- ouverture des autorisations à des appareils plus efficaces et mise en adéquation des catégories d'équipements à la typologie des besoins exprimés localement (en pratique autoriser des IRM dédiées aux indications ostéo-articulaires),
 - évolution de la nomenclature des actes de remnographie et de scanographie, assortie de recommandations sur les indications médicales des IRM.
- [202] La version 2 du guide d'élaboration des SROS à destination des ARS a inclus des recommandations relativement précises, parmi lesquelles on relève en particulier :
- L'accélération de la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes (radiologie conventionnelle et scanographie) chez l'adulte et encore plus chez l'enfant conformément aux référentiels de bonne pratique de la HAS et aux recommandations de radioprotection.
 - Le développement du parc d'IRM de manière à prioriser l'accès permanent à l'IRM pour les sites prenant en charge les urgences pédiatriques et pour ceux disposant ou s'apprêtant à disposer d'une UNV.
 - La diversification des catégories d'appareils d'IRM en vue de répondre de manière spécifique aux indications d'exams diagnostiques ostéo-articulaires et aux prises en charge des enfants de femmes enceintes et des personnes de forte corpulence ou handicapées.
- [203] Parmi les indicateurs de suivi, on relève la proportion de sites comportant une UNV ou prenant en charge les urgences pédiatriques et disposant d'un accès H24 à l'IRM et la proportion d'exams par appareil d'IRM liés aux pathologies cancéreuses.
- [204] La mission a pu constater que ces préoccupations avaient été reprises dans les SROS des régions qu'elle a visitées. Ainsi le SROS de la région PACA limite à 5 le nombre de nouvelles implantations possibles de scanners par rapport aux 82 déjà prévues au SROS III, un scanner étant prévu dans le cadre d'une activité de radiologie interventionnelle, un autre dans un site ayant une forte activité de cancérologie et un troisième demeurant conditionnel. S'agissant des IRM, le SROS prévoit de passer de 49 à 63 appareils, chiffre pouvant lui-même être modifié à l'occasion d'une révision à échéance de deux ans avec prise en compte des besoins de prise en charge de populations souffrant de claustrophobie ou d'obésité et autorisation d'IRM adaptées à l'activité ostéo-articulaire en renfort sur un site déjà existant et disposant déjà d'une IRM. Le SROS vise également les sites ayant une forte activité afin d'en réduire les délais d'attente.

- [205] Le SROS d'Île-de-France qui reprend également l'objectif de réduction des irradiations notamment concernant les enfants prévoit une augmentation de 213 à 238 scanners, 5 des 25 scanners supplémentaires étant dédiés à l'imagerie interventionnelle ; le nombre d'IRM passe de 155 à 211 en fin de SROS-PRS ; en Gamma caméras, la cible du SROS-PRS est inférieure à celle du SROS III non réalisée. Enfin le nombre de TEP-SCAN devrait passer de 27 à 40.
- [206] Les dispositions tendant à faire baisser les files d'attente paraissent en effet toujours nécessaires. L'enquête de l'INCa³² sur les délais de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate en 2011 fait apparaître que le délai d'attente moyen en France était en juin de 27,4 jours, légèrement moins qu'en 2010 (29 jours), les délais étant plus longs dans le secteur public et une inégale répartition régionale sans qu'il y ait corrélation entre la densité régionale d'appareils par région et le délai d'attente, ce qui traduit bien l'inégale aptitude des différents centres à bien utiliser le temps des machines.
- [207] Cependant en dehors de baisses ponctuelles des tarifs applicables aux actes des médecins, il n'y a pas eu de restructuration des tarifs dans leur ensemble. Il n'a pas été apporté de réponse aux critiques émises par la Cour des comptes en ce domaine. Tant les écarts de rémunération acceptables jusqu'à un certain niveau, que les différences tarifaires entre le secteur public qui intègre ses coûts d'imagerie dans les GHS et le secteur privé dans lequel tout est décomposé aboutit à contrarier la possibilité d'une répartition territoriale harmonieuse. La mission suggère que l'ensemble des acteurs prépare dès que possible, une révision de la nomenclature, qui, devra tenir compte des recommandations de bonnes pratiques faites par la HAS en lien avec les sociétés savantes et les organisations professionnelles.
- [208] S'agissant de la médecine nucléaire un travail portant sur l'arbitrage entre la maîtrise du nombre des séances, les perspectives de nouveaux usages et l'équilibre économique de l'exploitation devrait de même être entrepris.

2 L'IMAGERIE CONVENTIONNELLE ET EN COUPE

2.1 La limitation des pratiques irradiantes en imagerie conventionnelle

- [209] Dans son rapport de 2010, la Cour des comptes indiquait également que la tarification de la radiographie conventionnelle ne prenait pas suffisamment en compte la pertinence des actes effectués. Ainsi en dépit de la réduction validée des indications de la radiographie du crâne, on observe encore la réalisation d'un million de celles-ci, en grande partie peu utiles et en tous cas irradiantes.
- [210] Aucune modification de la nomenclature tarifaire n'a été entreprise en ce sens. La mission suggère qu'un plan de révision tarifaire ne soit pas limité aux seuls équipements lourds mais concerne également ceux des actes que la HAS aura estimés en très grande partie inutiles dans telle indication, afin que la tarification en soit selon les cas réaménagée ou supprimée.

2.2 La politique en faveur des PACS : une « France sans film » ?

Le PACS – (*Picture Archiving and Communication System*)

Le PACS est un système de gestion électronique des images médicales avec des fonctions d'archivage, de stockage et de communication rapide. Ses capacités sont très supérieures à tous

³² Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011-INCa-mars 2012 ;

les équipements existants et offrent des perspectives de développement des réseaux d'imagerie à grande échelle et sur le long terme. Il est le complément indispensable du système réseautique de gestion des activités d'un service radiologique (RIS) pour la gestion des images.

Les principales fonctions du PACS sont :

- Le stockage de tous les examens radiologiques.
- La gestion et la mise en réseau de toute la production d'images numérisées avec un accès simultané à la même image à partir de n'importe quel poste de travail.
- L'archivage, en assurant la conservation des images numériques sans risque de perte ou de détérioration de leur contenu.
- La consultation d'examens radiologiques sur des stations ou consoles de visualisation pour faciliter le diagnostic.
- Le partage et l'envoi d'images dans et en dehors du service ou de l'hôpital pour rendre l'accès facile et rapide à toutes les images pour tous les médecins concernés.
- L'échange d'informations administratives avec les systèmes informatiques radiologiques (RIS) et hospitaliers (SIH).

Source : Société Française de radiologie. La SFR lance un appel à la mobilisation en faveur du PACS Communiqué de presse mai 2010

- [211] En juin 2010, la mission de préfiguration de la direction des systèmes de santé (MPDSSIS) a présenté un scénario de généralisation de l'imagerie numérique, qui selon elle, coûterait 2,8 Md€ en vingt ans soit 1,4 Md€ de moins que le maintien des pratiques actuelles. Le scénario envisagé séparait les fonctions d'un PACS (stockage, traitement et diffusion de l'imagerie) qui auraient été confiées à des plateformes régionales et l'archivage des données réalisé par un nombre limité d'infogérants pour des ensembles interrégionaux.
- [212] Les hypothèses retenues étaient fondées sur un coût moyen de 2,15 € par examen pour le pacs et l'archivage ramené à 1,47 € au-delà de 8 millions d'examens hébergés par le même opérateur. Le prix rapporté à 66,1 millions d'examens par an conduit à un coût global sur vingt ans de 1,945 Md€ à quoi s'ajoute forfaitairement 795 M€ de redevances versées aux opérateurs de télécommunications (une moyenne de 0,60 euro par examen) et 101 M€ d'assistance à maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre.
- [213] Ce scénario était à comparer au maintien des modes actuels de production et d'archivage (films et imprimés dont le coût actuel est de 3,23 euros par examen soit 4,282 Md€ sur la même période. La mutualisation proposée devait entraîner une économie de 18 % par rapport à une généralisation isolée des PACS. Le programme qui aurait concerné 845 centres hospitaliers, 509 cabinets pourvus d'équipement médicaux lourds et 514 cabinets dépourvus d'EML, reposait sur le raccordement de tous les établissements et cabinets dotés d'équipements matériels lourds à un liaison à très haut débit (plus de 10Mb/s).
- [214] 917 de ces centres producteurs d'examens n'étaient pas équipés en juin 2010 de PACS dont 667 CH, en particulier ceux de moins de 300 lits. Les plateformes nationales d'archivage auraient sauvegardé les informations au-delà de cinq ans en respectant les durées de conservation prévues par le décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel (20ans après le dernier contact avec le patient, 10 ans après son décès ou à son 28ème anniversaire).
- [215] Si les PACS se développent en effet dans le cadre des plans H2007, et H2012 et sans doute dans le cadre du plan Hôpital numérique, le scénario proposé par la MPDSSIS n'a pas été mis en œuvre. La CNAMTS cependant continue à soutenir la numérisation, via les tarifs.

3 LA RADIOTHERAPIE : DES MESURES DANS L'URGENCE POUR SURMONTER DES EPISODES DE CRISE MAIS AUSSI DES PERSPECTIVES DE DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE QUI AURAIENT PU ETRE PREOCCUPANTES

- [216] Contrairement à ce qui se passe pour les équipements d'imagerie, l'installation des matériels de radiothérapie ne relève plus depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 d'une autorisation. C'est l'activité de centre de traitement qui est autorisée. Les décrets n° 2007-388 et 389 du 21 mars 2007 et l'arrêté du 29 mars 2007 précisent les conditions d'autorisation notamment des activités de radiothérapie.
- [217] Cette discipline a connu une crise majeure en 2007 à la suite de plusieurs accidents de sur-irradiation, survenus en 2006 et 2007 qui ont donné lieu à des rapports de l'inspection générale des affaires sociales³³. Cette situation a conduit à l'élaboration d'un plan d'urgence comportant 33 mesures. Le dispositif d'élaboration et de suivi, confié à l'institut national du cancer est devenu en 2008, le comité national de suivi des mesures pour la radiothérapie ; L'ensemble des actions en cause ont été intégrées dans la mesure du plan cancer 2009-2013.
- [218] Une période transitoire de mise en conformité des centres a été ménagée entre 2009 et 2011, afin de prendre en compte l'étroitesse des effectifs nationaux de professionnels spécialisés en radiophysique médicale et de permettre de garantir par la coopération entre les centres, la permanence en radiophysique médicale pendant toute la durée des traitements de radiothérapie.
- [219] La mise en œuvre du dispositif de renouvellement des autorisations en vertu des décrets du 21 mars 2007 supposait la conformité à un certain nombre de conditions : implantation prévue dans le SROS, seuils d'activité, existence sur site de deux appareils de haute énergie au moins, permanence en radiophysique médicale, respect des critères de qualité transversale définis par l'INCa.
- [220] Début 2011, sur 175 centres de radiothérapie, 165 faisaient l'objet d'une autorisation de droit commun. 10 centres faisaient l'objet d'une autorisation à titre dérogatoire pour exception géographique (autorisation échappant aux conditions de seuil et de nombre d'appareils de haute énergie entraînant l'obligation d'un regroupement juridique avec un titulaire d'autorisation de droit commun) et 83 sont des établissements publics de santé. 92 des centres privés dont 90 cabinets libéraux et 2 cliniques privées.
- [221] La poursuite de la vigilance en matière d'organisation de la radiophysique médicale a été organisée par l'instruction DGOS et par un courrier conjoint de l'autorité de sûreté nucléaire et du ministère de la santé en date du 25 novembre 2011/INCa/201/267 du 13 juillet 2010 qui précise les modalités de coopérations entre centres pour assurer la permanence des radiophysiciens.
- [222] Une des mesures décisives du plan d'urgence a été l'augmentation effective du nombre de radio-physiciens dédiés à la radiothérapie grâce à la progression importante des effectifs d'étudiants entrant en formation. Le nombre de radio-physiciens exerçant en radiothérapie est passé de 410 ETP en 2009 à 491 en 2011. L'objectif de 600 radio-physiciens en exercice dédiés à la radiothérapie début 2013 paraît désormais pouvoir être atteint, compte tenu des effectifs entrant en formation, rendant désormais possible le respect des normes par les centres de radiothérapie.

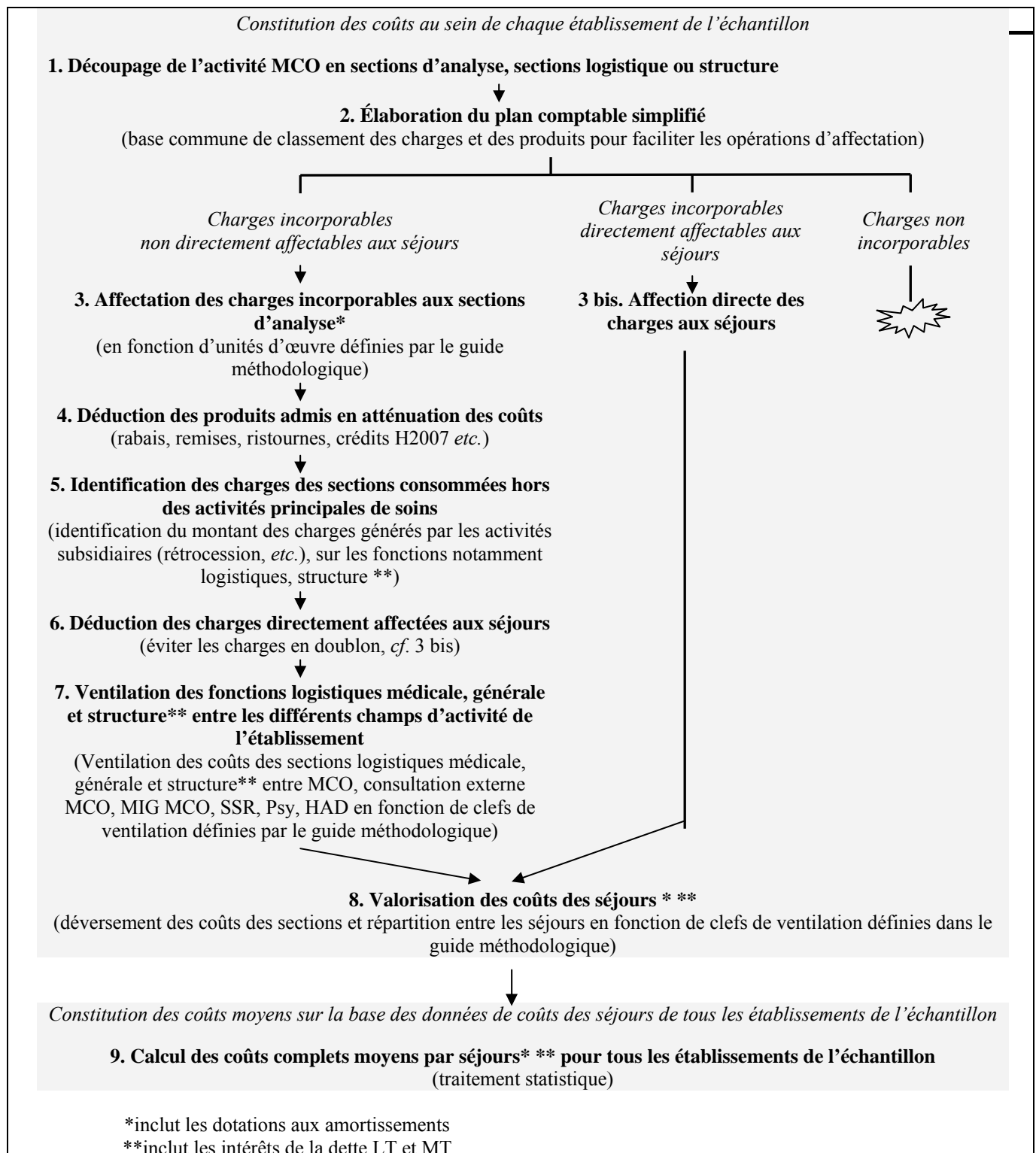
³³ Rapport IGAS RM2007-015P ASN 2006 ENSTR 019 sur l'accident de radiothérapie d'Epinal et rapport Igas RM 2007-129P ASN DEP-BDX-1291-2007 sur l'accident de radiothérapie de Toulouse.

- [223] La direction générale de la Santé, avec le concours de l'AFSSAPS de l'INCa et de l'autorité de Sûreté nucléaire (ASN) a renforcé le système de vigilance en radiothérapie. Sur la période 2007 2011, 426 incidents ou risques d'incident mettant en cause des dispositifs médicaux de radiothérapie ont été signalés à l'AFSSAPS et 1052 événements ont été signalés à l'ASN dont la grande majorité classée à un niveau égal ou inférieur à 1 sur l'échelle de gravité de l'ASN-SFRO et 22 au niveau 2.
- [224] L'ensemble des centres de radiothérapie a été considérablement sécurisé, ce qui n'empêche évidemment pas que des accidents demeurent possibles.
- [225] Un certain nombre de dispositions restent cependant à prendre, s'agissant de l'autorisation des cabinets libéraux et surtout de la tarification des actes de radiothérapie qui en particulier ne comporte pas de prise en compte de la durée de vie des appareils comme c'est le cas pour les équipements médicaux lourds d'imagerie.
- [226] L'INCa dresse ainsi la situation de la radiothérapie française³⁴ en 2011 : au 31 décembre 2010 le nombre de centres de radiothérapie en France était de 172 soit 2,7 centres par millions d'habitants contre 2,8 pour l'Italie, 3,5 pour l'Allemagne, 1,1 pour le Royaume Uni. En fin 2010 426 accélérateurs étaient installés l'augmentation du parc s'étant poursuivie sur un rythme de 3 % l'an de 2006 à 2010. Certaines régions étaient peu pourvues tels la Franche-Comté et les départements d'Outre-mer avec une densité régionale de l'ordre de 0,50 accélérateurs par 100 000 habitants. Vingt régions avaient une densité allant de 0,61 à 0,75 accélérateurs par 100 000 habitants. En Europe, la France avait selon les chiffres de l'AIEA une densité de 6,7 appareils par million d'habitants contre 6,5 pour l'Allemagne, 6,8 pour le Royaume-Uni et 8,5 pour la Belgique.
- [227] Les différents SROS PRS mettent l'accent comme on pouvait s'y attendre sur les problèmes de sécurité Dans le cas de la région Île-de-France, une mission d'appui de l'IGAS a porté sur l'organisation de la radiothérapie en Île-de-France³⁵. Elle a constaté l'existence d'un parc de centres et d'équipements largement suffisant pour assurer la prise en charge des patients atteints de cancer et de réelles inégalités infrarégionales. Elle a formulé des propositions de réorganisation fondées notamment sur le développement de regroupements et de coopérations aboutissant à réduire le nombre de sites sans diminution de l'importance du parc ni réduction de l'accessibilité des appareils. Ces recommandations, pour l'essentiel ont été incorporées dans le SROS-PRS de l'Île-de-France.
- [228] Cependant, le succès d'une politique d'équipements médicaux dans ces domaines apparaît fortement dépendant de la tarification. Or, les évolutions nécessaires en ce domaine ne se sont pas fait jour. La mission préconise qu'un plan de redéfinition tarifaire soit également engagé dans le domaine de la radiothérapie qui permettra également de déterminer si dans ce domaine, il y a lieu ou non de distinguer le coût du matériel et la rémunération de l'acte intellectuel et des pratiques de fonctionnement et de prendre ou non en compte l'ancienneté des matériels.

³⁴ Situation de la radiothérapie en 2011-INCa-juin 2012

³⁵ Rapport IGAS RM2011-114Prapportsur l'organisation de la radiothérapie en Ile-de-France André AOUN, Daniel NIZRI

ANNEXE 7 : INTEGRATION DES CHARGES A L'ENCC



Source : D'après guide méthodologique ENCC MCO, ATIH, avril 2010.

ANNEXE 8 : CHARGES LIEES A L'INVESTISSEMENT ET INCORPORATION OU NON A L'ENCc

Tableau 2 : Charges liées à l'investissement et inclusion ou non dans l'ENCc

Nature de charges	N° de Compte	Intitulé des charges	Montant total des ex-DG (47 établissements)	Montant total des ex-OQN (22 établissements)	Montant total (69 établissements)
Incorporées liées à l'investissement	Comptes en 661*	Intérêt de la dette moyen/long terme	123 556 616	1 984 869	125 541 485
	Comptes en 68**	Dotations aux amortissements	623 919 822	17 822 708	641 742 530
Non incorporées	6352	Taxe sur le chiffre d'affaire non récupérable	11 130	45 316	56 446
	6616	Intérêts bancaires sur opération de financement (escompte)	25 206	149 114	174 320
	6617	Intérêts des obligations cautionnées	-	-	-
	6618	Intérêts des autres dettes	104 550	7 824	112 374
	665 + 666 + 667 + 668	Autres charges financières	4 022 798	5 545 239	9 568 037
	671	Charges exceptionnelles sur opérations de gestion	8 494 666	1 857 080	10 351 746
	673	Titre annulés (sur exercices antérieurs)	70 343 807	-	70 343 807
	675	Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	15 186 498	710 164	15 896 662
	678	Autres charges exceptionnelles	23 159 610	762 395	23 922 005
	681111	Frais d'établissement	1 319 585	527 178	1 846 763
	681121	Terrains	463 138	17 084	480 222
	6815	Dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation	148 703 952	1 851 770	150 555 722
	6816	Dotations aux dépréciations des immobilisations corporelles et incorporelles	152 077	49 756	201 833
	6817	Dotations aux dépréciations des actifs circulants	22 357 360	912 218	23 269 578
	686	Dotations aux amortissements et aux provisions - charges financières	364 685	444 923	809 608
	687	Dotations aux amortissements et aux provisions - charges exceptionnelles	137 342 752	1 003 577	138 346 329
	691	Participation des salariés aux fruits de l'expansion	-	1 359 478	1 359 478
	695	Impôts sur les bénéfices	10 682	3 392 251	3 402 933

* hors comptes 6616, 6617, 6618

** hors comptes 681111, 681121, 6815, 6816, 6817, 686, 687

Source : ATIH

ANNEXE 9 : INDICATEURS FINANCIERS ET AGREGATS COMPTABLES

	Calcul	Formule	Couverture théorique
Besoin de fonds de roulement	= stocks + créances – dettes d'exploitation et autres dettes		Besoin en financement du cycle d'exploitation dû aux décalages de la vie économique de l'établissement
CAF	1°) CAF = marge brute + résultat financier + résultat exceptionnel 2°) CAF = résultat net + amortissements, dépréciations, provisions nettes de reprises	= solde des comptes 70 à 77 sauf 775 ³⁶ – solde des comptes 60 à 67	-le renouvellement des actifs (amortissements) ; -les risques d'exploitation (dépréciations et provisions) ; - la croissance des capitaux propres.
CAF nette	CAF nette = CAF – remboursement de la dette (capital)		CAF disponible après le remboursement du capital de la dette
Charge de la dette	=remboursement de la dette (capital seulement)		Remboursement du capital de la dette (voir remboursement)
Durée apparente de la dette	=encours de la dette / CAF		
EBE	Idem marge brute sauf qu'elle n'inclut pas les produits « autres » (c.75), ni les charges d'exploitations « autres » (c. 65)	=solde des comptes 70 à 74 - solde des comptes 60 à 64	Définition d'avantage utilisée dans le secteur privé, mais dans la mesure où certains produits d'exploitation « autres » sont des ressources stables pour les établissements de santé publics Mesure la performance économique, avant prise en compte des amortissements, du résultat financier et des opérations exceptionnelles
Emprunts (capital)		= somme des opérations créditrices des comptes 16 sauf 1688, 169, 16449	Il ne s'agit que du capital emprunté
Encours de la dette		=solde des comptes 16 sauf comptes 169 et 1688	Stock de la dette
Fonds de roulement			Surplus des capitaux permanents par rapport à l'actif immobilisé. Il a

³⁶ Les produits de cession d'actifs (c. 775) ne sont pas inclus dans la CAF (cf. M21)

			vocation à couvrir le BFR.
Indépendance financière	= encours de la dette / capitaux permanents	= encours de la dette / solde des comptes 10 à 16 sauf solde des comptes 169 et 1688	Il s'agit plutôt de la dépendance financière
Investissement direct		=sommes des opérations débitrices des comptes 20, 21 et 23	
Investissement équipement		=somme des opérations débitrices des comptes 215 et 22315	
Investissement immobilier		= somme des opérations débitrices des comptes 2131, 2141, 2313, 2314, 23823, 23824, 2381	
Investissement installation générale		= somme des opérations débitrices des comptes 2135, 2145, 23825	
Investissement terrain		= somme des opérations débitrices des comptes 211, 212, 2311, 2312, 23821, 238221	
Marge brute	= Produits bruts d'exploitation + subvention d'exploitation et autres produits d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel	=solde des comptes 70 à 75 -solde des comptes 60 à 65	-le renouvellement des actifs (amortissements) ; -les risques d'exploitation (dépréciations et provisions) ; -le remboursement des emprunts (charges financières)
Produits d'exploitation		=somme des soldes des comptes 70 à 75 sauf 7087	Comprends notamment les aides financières
Remboursement de la dette		=somme des opérations débitrices des comptes 16 à 18 - opérations débitrices des comptes 1688 et 16449	
Service de la dette	= remboursement de la dette (capital + intérêts)	=somme des opérations débitrices des comptes 16 à 18 - opérations débitrices des comptes 1688 et 16449 - opérations débitrices du compte 6611 (intérêts)	Remboursement du capital et des intérêts

Taux de marge brute	= (produits bruts d'exploitation + subvention d'exploitation et autres produits d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel) / (produits d'exploitation + subvention d'exploitations et autres produits d'exploitation)	= (solde des c. 70 à 75 -solde des c. 60 à 65) / (solde des c. 70 à 75 sauf c. 7087)	Inclut les aides
Taux de marge brute non aidée	= (produits bruts d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel) / produits d'exploitation	= (solde des c. 70 à 75 - AC invest - AC déficit - solde des c. 60 à 65) / (solde des c. 70 à 75 sauf c. 7087- AC invest - AC déficit)	N'inclut pas les subventions d'exploitation
Taux de marge brute non aidée - ARS Rhône-Alpes	= (produits d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel + charges de stock final + rabais, ristournes et remboursements + remboursement sur rémunération/charges/taxes) / (produits d'exploitation)	= (solde des c. 70 à 75 - aides financières - débits des c. 60 à 65 + crédits c. 603 + crédits c. 609/619/629 + crédits c. 63/64) / (solde des c. 70 à 75 sauf c. 7087 - aides financières)	N'inclut pas les subventions d'exploitation. Retraite certains produits en déduction des charges

ANNEXE 10 : DIFFERENTES DEFINITIONS DU TAUX DE MARGE BRUTE

[229] L'ARS Rhône-Alpes utilise une définition encore plus économique du taux de marge brute (*cf.* tableau *infra*), qui va encore davantage dans le sens d'une vision entreprise. Outre la soustraction des aides financières des produits d'exploitation, l'ARS Rhône-Alpes tend à considérer que le seul produit d'exploitation de l'établissement est constitué par le compte 73 (produits de l'activité hospitalière), en retirant des produits certaines réduction de charges (inscription du stock final, rétrocession, ristournes de biologie médicale, *etc.*). La DGOS a expertisé ces deux définitions et arrivent à la conclusion de taux de marge brute non aidée identiques, à un détail près³⁷. Compte tenu de la complexité de la formule utilisée par l'ARS Rhône-Alpes, et les résultats étant identiques, la mission a conservé la définition la plus simple de marge brute non aidée, celle de la DGOS.

Tableau 3 : Définitions des taux de marge brute

	Calcul	Formule	Commentaire
Taux de marge brute	= (produits bruts d'exploitation + subvention d'exploitation et autres produits d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel) / (produits d'exploitation + subvention d'exploitations et autres produits d'exploitation)	= (solde des c. 70 à 75 -solde des c. 60 à 65) / (solde des c. 70 à 75 sauf c. 7087)	Inclut les aides financières
Taux de marge brute non aidée	= (produits bruts d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel) / produits d'exploitation	= (solde des c. 70 à 75 - AC invest - AC déficit - solde des c. 60 à 65) / (solde des c. 70 à 75 sauf c. 7087- AC invest - AC déficit)	N'inclut pas les aides financières
Taux de marge brute non aidée - ARS Rhône-Alpes	= (produits d'exploitation - consommations intermédiaires, impôts, taxes et charges de personnel + charges de stock final + rabais, ristournes et remboursements + remboursement sur rémunération/charges/taxes) / (produits d'exploitation)	= (solde des c. 70 à 75 - aides financières - débits des c. 60 à 65 + crédits c. 603 + crédits c. 609/619/629 + crédits c. 63/64) / (solde des c. 70 à 75 sauf c. 7087 - aides financières)	N'inclut pas les aides financières. Retraite certains produits en déduction des charges

Source : IGAS, d'après DGOS et ARS Rhône-Alpes

³⁷ Le seul écart potentiel subsistant entre les deux méthodes concerne les produits T2A des exercices antérieurs, le cas échéant *via* Lamda, qui est pris en compte comme crédit exceptionnel pour l'ARS Rhône-Alpes, et, pour la DGOS, comme produit exceptionnel si c'est un titre de recettes émis sur un compte 77, ou comme un projet d'exploitation si c'est émis sur un compte 73.

ANNEXE 11 : CLINIQUES PRIVEES : CROISSANCE EXTERNE, INVESTISSEMENT PHYSIQUE, EXTERNALISATION DES MURS

1 L'EMERGENCE DES GROUPES EST ACCOMPAGNEE PAR L'INTERVENTION DES FONDS D'INVESTISSEMENT

1.1 L'émergence et le développement accéléré des groupes

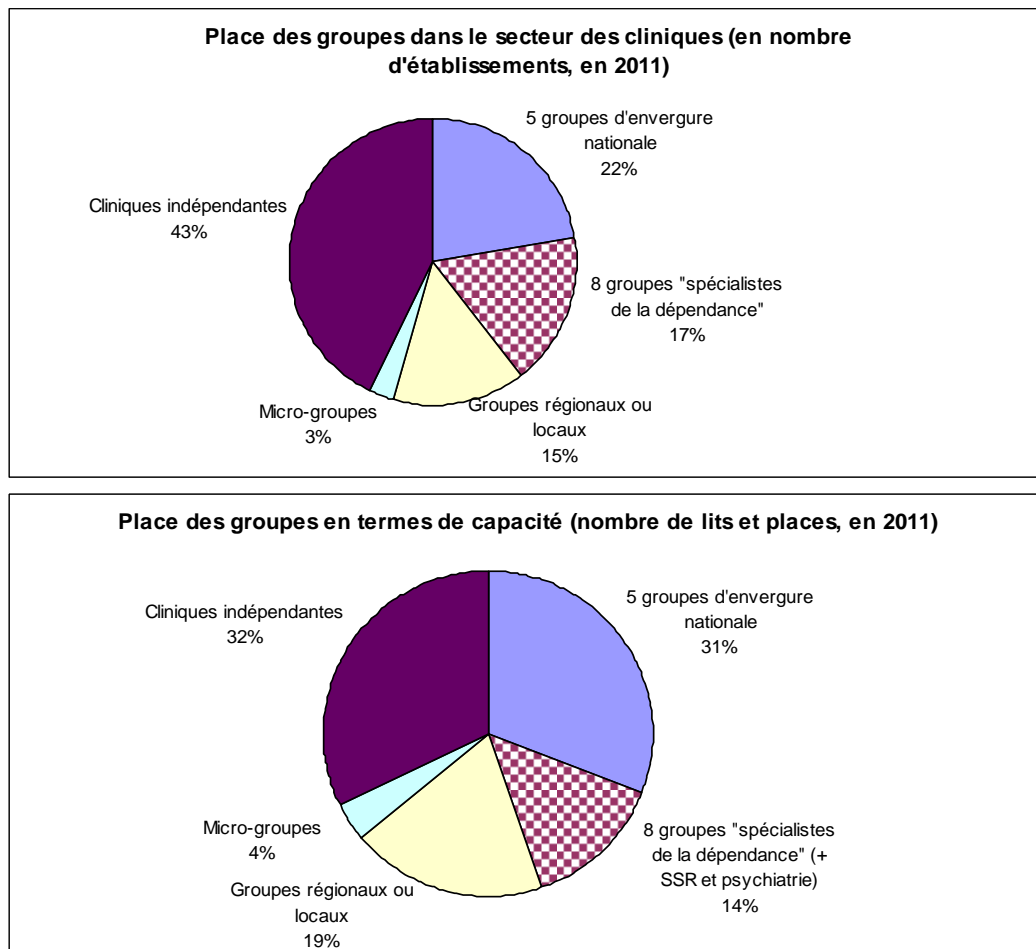
- [230] Un récent rapport de l'IGAS a rendu compte de l'émergence et du développement des groupes d'hospitalisation privée³⁸. On reprend ici largement cette analyse.
- [231] La notion de groupe renvoie à une prise de contrôle par une structure centrale (généralement un holding) qui laisse persister l'existence juridique des sociétés qu'il contrôle. Le maintien de la personnalité morale des cliniques contrôlées permet de maintenir un centre de responsabilité locale, capable de gérer les événements locaux et d'identifier les conditions de l'équilibre financier propres à chaque composante du groupe, d'en faciliter au besoin la cession ultérieure, et le cas échéant de cantonner au moins transitoirement, un certain nombre de pratiques propres à chaque établissement. Dans certains cas, la structure centrale gère deux lignes de contrôle, l'une sur les sociétés d'exploitation qui réalisent l'activité de soins, l'autre sur les sociétés civiles qui détiennent les murs de la clinique.
- [232] L'avantage attendu par les médecins de l'entrée de leur clinique, outre la valorisation avantageuse de leurs parts dans un groupe réside dans l'espoir de pouvoir plus facilement financer les investissements nécessaires à la consolidation et au développement de l'outil de travail, au soutien d'équipes professionnelles spécialisées (juristes, spécialistes des *process*), à la mutualisation des achats, au fait de faire assumer les décisions majeures de gestion par des gestionnaires dédiés. Elle est facilitée par les départs à la retraite, par le souhait de pouvoir renégocier parts ou actions au mieux à l'occasion des offres faites par de repreneurs désireux d'accroître leur flotte d'établissements.
- [233] On observe donc depuis la fin des années 80 un mouvement massif et encore inachevé de concentration.
- [234] En 1987 sont créées la Générale de santé issue de la Générale des eaux (future Vivendi) et CLININVEST, à partir d'un portefeuille détenu par le groupe Suez (CLININVEST sera repris par la suite par le groupe suédois CAPIO). Médi-Partenaires voit le jour en 1991. Fin 2010, les groupes de cliniques regroupent 58 % des entités juridiques, mais 68 % des capacités du secteur, en raison de la taille moyenne plus importante de ces cliniques.
- [235] Les deux derniers nés nationaux ont grandi ou se sont constitués avec une grande rapidité :
- le chiffre d'affaires du groupe VEDICI, créé en 2000, quadruple son chiffre d'affaires entre 2005 et 2008, passant de 65 M€ à 271 M€, puis atteint près de 500 M€ à la fin de l'année 2011 (à comparer au compte de résultat principal d'un CHU de taille moyenne) ;
 - le groupe VITALIA, créé en 2006, acquiert 46 cliniques en 18 mois.

³⁸ Rapport IGAS M2012-047 Les cliniques privées : situation, rôle et régulation.

[236] Le groupe Medi-Partenaires, connaît une progression très rapide de son chiffre d'affaires dans les années 2000.

[237] Cependant, derrière cette notion de groupe de cliniques se cache en réalité une grande diversité en termes de taille de réseau et de chiffre d'affaires, d'implantation, d'offre de soins et d'actionnariat. Il convient notamment de distinguer entre groupes nationaux et régionaux voire locaux – ces derniers pouvant, dans le futur, être l'amorce de groupes d'ambition nationale, bien qu'aucun d'entre eux-ci ne soient jusqu'ici nés de cette manière.

Schéma 1 : Structure du secteur des cliniques privées : la place des groupes



Source : Estimations Eurostaf d'après données des groupes ; in *L'avenir des cliniques privées – Quelle évolution des modèles économiques à l'horizon 2015 ?*, Eurostaf - Les Echos, 2011 repris dans le rapport IGAS M 2012-047 cliniques privées situation rôle et régulation

[238] Les groupes à vocation nationale rassemblent environ 22 % des cliniques privées et 31 % des lits et places du secteur.

[239] Il existe entre les groupes à vocation nationale et les cliniques indépendantes une vingtaine de groupes régionaux ou locaux qui aspirent à grandir, tels que Vivalto (en Bretagne), Kapa santé qui s'est développé à partir des départements américains, OC Santé, et Médipôle Sud Santé. Leur actionnariat est variable regroupant parfois des fonds d'investissement et des participations familiales. On note parmi les groupes locaux régionaux la présence d'un rassemblement sous l'égide de la mutualité Finistère-Morbihan, la holding Hospitalisation Grand Ouest.

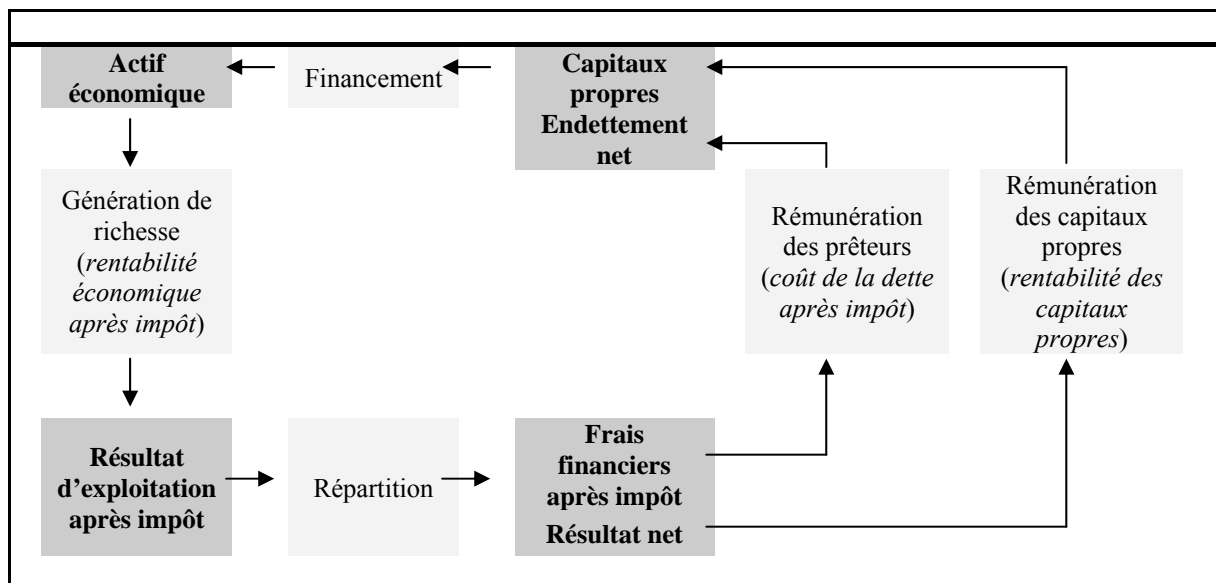
1.2 Le développement des grands groupes est accompagné au moins à un moment de leur existence par les fonds d'investissement

[240] Le montage en leverage buy out (LBO) est la forme la plus couramment utilisée par les fonds d'investissement intervenant dans le secteur de l'hospitalisation privée. Il se caractérise par la constitution d'une société holding qui s'endette pour acquérir une ou des sociétés cibles. La holding endettée fera remonter les excédents de trésorerie de la société achetée afin de rembourser le principal de sa propre dette. Elle perçoit en effet des dividendes sur la détermination desquels, en tant qu'actionnaire principal (en général les fonds en LBO sont actionnaires à 95 % pour pouvoir bénéficier du régime fiscal des sociétés mère et fille) elle peut peser, ou utilise d'autres possibilités, par exemple sous forme de rémunérations de prestations intra-groupe.

[241] En contractant le montant des capitaux propres de l'ensemble consolidé, et en accroissant l'endettement dans la structure financière de l'ensemble, le LBO obtient une rentabilité financière des capitaux investis qui peut être supérieure à la rentabilité économique de l'actif de l'entreprise, tant que celle-ci est supérieure au coût de la dette : c'est l'effet levier.

[242] L'effet levier est la différence entre la rentabilité des capitaux propres et la rentabilité économique dans un schéma d'endettement.

Schéma 2 : LBO



Source : IGAS d'après Pierre VERNIMMEN Finance d'entreprise

[243] En principe, le fonds d'investissement cherche à se dégager au bout d'un temps de présence de quelques années (5 ans ou 6 ans). La sortie se fait, en recherchant une plus-value de cession, par revente à d'autres actionnaires possibles, éventuellement d'autres fonds d'investissement intervenant également en LBO, ou des investisseurs institutionnels, ou encore par introduction en bourse. Générale de santé est aujourd'hui le seul groupe d'hospitalisation privée coté en bourse, en France : cette option est rare dans un secteur de petites et moyennes entreprises alors que le recours au montage en LBO peut être pour les entreprises de taille intermédiaire un moyen d'éviter l'entrée en bourse et l'exposition aux jugements d'un marché imparfait.

- [244] La cession peut aussi être opérée au profit d'un autre groupe du même secteur, mais les fonds d'investissement n'ont pas joué, dans le domaine de l'hospitalisation privée, le rôle de marieurs de groupe même lorsqu'ils étaient simultanément présents au capital de deux d'entre eux. Enfin, la société holding peut décider de se réendetter ou de se pourvoir auprès de nouveaux détenteurs de dette, si elle n'a pu trouver preneur du capital à l'issue de la première période d'endettement, ce qui s'est produit dans le cas du fonds BLACKSTONE au capital de VITALIA.
- [245] Les fonds dits de LBO sont des investisseurs en capitaux spécialisés dans ces montages à la fois spécialisés et porteurs de risques, en raison du niveau d'endettement élevé que requiert la rémunération maximale des capitaux propres ; une taille importante et un savoir-faire financier sont nécessaires. C'est pourquoi le nombre de fonds d'investissement pratiquant le LBO en Europe est limité (une centaine environ). On note des investisseurs européens tels que CINVEN qui a été au capital de la Générale de Santé, LBO France en réalité d'origine britannique, APAX au capital de Capio et qui l'a été à celui de VEDICI, le fonds 3i au capital de VEDICI. Ces fonds peuvent également être américains comme Blackstone au capital de VITALIA.
- [246] Alors que le recours à ces fonds se caractérise par le financement d'entreprises cibles non cotées ou retirées de la cote (*private equity*), le plus grand nombre des fonds d'investissement ont fait le choix, pour ce qui les concernent d'être cotés en bourse. C'est le cas de Blackstone. Enfin, on note que les principales banques créent désormais des fonds d'investissement en LBO. Il en est ainsi pour *Natixis investment partners*, filiale de Natixis et donc de la BPCE, présente au capital de VEDICI.
- [247] Les acquéreurs en capitaux propres doivent être accompagnés par des prêteurs. Ils provoquent le plus souvent à cet effet la constitution d'un pool de banques. La dette est hiérarchisée entre une dette senior (dette classique bénéficiant de garanties spécifiques et remboursée en priorité) et une dette subordonnée, ou dette junior. La dette senior, dont le montant représente habituellement de 3 à 5 fois l'excédent brut d'exploitation de la société achetée, se compose de plusieurs tranches :
- une tranche A remboursée linéairement en 6/7 ans ;
 - des tranches B et C ou seulement B de 7/8ans ou 8/9ans remboursables *in fine*.
- [248] Les coûts de la dette senior qui étaient de 200 à 300 points de base au-dessus de l'Euribor jusqu'à 2007 ont pu augmenter jusqu'à 500 points au-dessus de l'Euribor à la suite de la crise des *subprimes*. Ce taux pourrait baisser avec la reprise des LBO qui a commencé à se manifester à partir de 2012.
- [249] La dette subordonnée peut prendre la forme d'une dette obligataire à haut rendement (*high yield*) généralement cotée ou plus souvent de dette à bons de souscription (dette mezzanine) non cotée. La dette mezzanine peut prendre la forme d'obligations convertibles ou de bons de souscription d'action qui se situent à mi-chemin de l'endettement et de capitaux propres. Il existe bien entendu un marché secondaire des dettes en LBO.
- [250] La structure financière des nouveaux montages en LBO varie d'une époque à l'autre. La part des capitaux propres en 2000, dans un montage-type, était de l'ordre de 35 %, elle descend jusqu'à 20 % en 2007 pour remonter en 2011 à 40-60 % compte tenu du resserrement du crédit et de la dette à risques.

- [251] Cependant, les entreprises cibles sous LBO en retirent souvent des avantages et ne paraissent pas connaître de croissance ralentie par rapport aux autres. Elles sont soumises à un actionnaire vigilant et non dormant qui doit veiller à rembourser la dette pour assurer l'équilibre de l'opération. Les gestionnaires sont, le plus souvent appelés au capital de la société achetée dans le but de les faire participer à l'objectif de rentabilisation de l'actif. L'amélioration de la rentabilité des groupes proviendrait en ce cas plus de la pénétration d'une mentalité de management que d'une mécanique financière.
- [252] Le point crucial demeure toutefois que la négociation au moment de l'entrée du fonds d'investissement au capital de la société doit clairement faire apparaître que celle-ci pourra conserver une capacité d'investir en investissement physique ou en croissance externe selon le cas. Si la capacité industrielle, dira-t-on, de la société acquise n'est pas développée, sa valeur ne pourra être maintenue à terme et les plus-values de cession risquent d'être réduites d'autant. Tous les dirigeants de LBO ne sont par ailleurs pas forcément d'accord sur le fait que les plus-values ne soient réparties qu'*in fine*. Un équilibre est donc à trouver entre le développement du moyen terme et ce qu'un dirigeant de LBO a lui-même qualifié de « tyrannie du cash », de préférence pour l'argent frais.

2 L'EXTERNALISATION DES MURS DE CLINIQUES PRIVEES : CHOIX DELIBERE D'ALLEGER LE HAUT DE BILAN OU PLUTOT POIDS DE LA CONTRAINTE ?

2.1 Dans les années 2000, la plupart des principaux groupes de cliniques privées ont eu recours à l'externalisation

- [253] En septembre 2006, la générale de santé a signé avec la Sofco, société d'investissement immobilier coté, devenue depuis Gécimed, filiale de l'opérateur Gécina, un accord transférant les murs de vingt-huit cliniques en exploitation. En complément, Gécina s'engageait à prendre en charge une enveloppe de 30 M€ de travaux d'extension de capacité, moyennant un loyer complémentaire ; l'opération s'accompagnait de la mise en œuvre de contrats de location d'une durée de 10 à 14ans fermes, générant un loyer triple net(le gros entretien et la maintenance restant à la charge du locataire) de 32,4 M€ par an.
- [254] À l'époque, Générale de santé regroupe en France un réseau de 172 établissements et centre de soins soit 14400 lits et places.
- [255] La plus-value de cession est de 203 M€. La réduction de l'endettement immédiat est de 461 M€ ; ce montant est placé en regard d'un financement par prêt relais obtenu pour l'acquisition en 2005 du groupe Hexagone Hospitalisation, pour un prix d'acquisition de 420 M€ (dont une estimation de 200M€ pour les murs).
- [256] Cependant, la trésorerie disponible de la Générale de santé sera par la suite utilisée pour rémunérer les actionnaires à la suite de la modification du capital de la Générale.
- [257] En 2007, l'actionnaire de référence, le docteur Antonino Ligresti, qui détient 25 % du capital de la Générale de Santé, afin de prévenir une tentative de prise de contrôle hostile, rachète au *LBO Amber Fund* 22 % du capital ainsi qu'à son associé Efbianca 8 % et enfin 5 % à d'autres porteurs. Il complète ces achats par une OPA au prix de 32,5 euros qui avait été offerts aux autres actionnaires.

- [258] Le pacte d'actionnaires qu'il contrôle détient alors près de 80 % du capital. Détenteur de la majorité, il obtient un versement de dividende qui contribue largement au remboursement d'un prêt obtenu pour financer la prise de contrôle. Depuis cette époque, la politique d'acquisition de la Générale de santé s'est sensiblement ralentie ; le groupe s'est défait de ses établissements en Italie et a même procédé à quelques ventes d'établissements ne correspondant pas à son cœur de métier.
- [259] Le cours de l'action Générale de Santé, qui demeure seul groupe de clinique coté en bourse, est passé de 32,50 euros en mai 2007 à 9,14 € le 22 mai 2012 ; Cette baisse qui succède à un triplement observé dans la période antérieure à 2005 peut rendre compte de la faiblesse d'un titre qui ne s'échange plus que pour 20 % du capital souscrit après une forte distribution de dividendes peu susceptible de se reproduire à court terme; elle peut aussi accompagner des résultats négatifs en 2011 et prévisionnellement en 2012. Elle peut aussi pour partie tenir à une diminution des actifs pour une partie éventuellement mieux valorisée que ceux restant en possession au moins dans la perception du marché.
- [260] De 2007 à aujourd'hui Icade, société d'investissement immobilier cotée de la caisse des dépôts et consignations, a notamment acquis les murs de quatre cliniques de la générale de santé, pour un montant de 201,7 M€, loués en retour à l'exploitant pour un loyer annuel de 13,7 M€ (soit un rendement de 6,79 %. Le 14 juin 2007, ICADE avait acquis les murs de trois cliniques d'un groupe régional du sud ouest pour 75 M€ et en espérait des loyers générant un rendement de 7,5 %. Le même opérateur a acquis le foncier de deux cliniques appartenant au groupe Vedici en région Centre. Le 10 novembre 2011, le groupe Médi-partenaires a cédé à Icade pour 233M€, les murs de sept cliniques.
- [261] En fin d'année 2012, Icade santé détenait un patrimoine estimé à 1,4 Md€ d'actifs et avait procédé en début d'année à une augmentation de capital de 250 M€, faisant entrer à son propre capital les investisseurs institutionnels Predica, Cardiff, CNP, Gecina détenaient 1 Md€ d'actifs immobiliers d'établissements privés d'hospitalisation.

2.2 L'avantage financier de la cession-bail pour le groupe hospitalier réside essentiellement dans la possibilité de réemploi du cash dans des conditions de rentabilité supérieures à celle de l'immobilier cédé

- [262] On peut distinguer parmi les cessions- bail :
- [263] - La cession-bail commerciale classique sans option d'achat à l'issue du bail. Dans ce cas, on peut imaginer une éventuelle baisse du montant du loyer si le bien a été suffisamment amorti.
- [264] - La cession-bail avec option d'achat pour une valeur symbolique.
- [265] - La cession-bail avec option d'achat pour une valeur résiduelle.
- [266] La conclusion de contrats avec des clauses adjacentes de gros entretien et de maintenance peut compliquer les choses en termes de rachat puisque l'entretien efficace conserve au moins partiellement la valeur du bien sans le prémunir forcément de la désuétude
- [267] **Un intérêt possible pour le preneur à bail est de déconsolider le bilan pour alléger l'entreprise devenant locataire.** Toutefois, si les baux de l'espèce sont considérés comme des baux financiers et non de simples baux opérationnels, la valeur actualisée des loyers doit apparaître au bilan.

- [268] Selon les normes IAS17 du référentiel IFRS applicable aux comptes consolidés en Europe, un bail est considéré comme financier si le locataire a une option finale d'achat dont on peut penser qu'elle sera exercée ou encore mieux s'il y a transfert automatique de la propriété à l'issue du bail. C'est également le cas si la valeur actualisée des loyers minimaux devant être versés est égale à la valeur du bien ou si la durée du bail correspond à la majeure partie de la vie économique de l'actif ; c'est aussi le cas si l'actif loué ne peut être loué à un tiers sans modification majeure (ce pourrait par contre être un autre établissement d'hospitalisation, poursuivant l'activité sans changement foncier). C'est également le cas si les pertes du bailleur en cas de dénonciation du bail sont supportées par le locataire.
- [269] Le bail financier doit être inscrit au bilan au plus bas des deux valeurs que sont la valeur de marché du bien ou la valeur des loyers futurs actualisés.
- [270] En tout état de cause, si même de tels baux n'étaient pas inscrits au bilan, constitueraient des engagements hors bilan devant être réintégrés dans l'analyse financière. **L'argument de l'allègement du bilan paraît donc peu opérationnel.**
- [271] Toutefois, on note qu'en vue d'éviter des qualifications de bail financier entraînant une imposition dudit bail à la taxe de publicité foncière, les opérateurs fonciers choisissent des durées inférieures à douze ans.
- [272] **L'argument essentiel attendu par le groupe hospitalier qui externalise paraît donc bien être celui de l'obtention de cash** ; cependant cette occurrence doit être comparée avec les formes d'endettement plus classique. La charge d'intérêt compris dans les loyers n'est pas forcément moins coûteuse que celle d'un prêt ou d'un emprunt, elle est au contraire plus élevée. Mais le bail peut représenter une possibilité d'obtention plus facile à mobiliser. Cependant si l'entreprise peut accepter un taux d'intérêt plus élevé que par endettement classique parce qu'elle obtiendrait ainsi du cash d'une manière plus aisée, ce raisonnement n'est possible que parce que le gain attendu du réemploi des fonds obtenus dégage un rendement plus élevé que celui du bail (le coût du *lease-back* en secteur hospitalier privé est de l'ordre de 6,8 %). De plus, le coût financier de l'opération doit inclure non seulement la charge d'intérêt déjà présente dans les loyers, mais encore l'indexation de ceux-ci. L'indexation sur l'indice du coût de la construction tend à être élevée et c'est pourquoi on recherche des taux composites plus adaptés (mixte d'un indice des coûts de construction, indice général des prix ou encore limite résultant de l'EDITBAR, le bailleur se limitant éventuellement à un pourcentage de celui-ci, par exemple 45 %, en prenant garde toutefois au fait que le propriétaire ne saurait au regard du droit européen être l'associé de son locataire et qu'une indexation explicite sur la marge brute de la clinique pourrait être ainsi qualifiée). **L'obtention de cash par externalisation des murs n'est porteuse d'avantage que si le réemploi des fonds se fait dans une opération dont la rentabilité est supérieure au coût immobilier nouveau pour l'entreprise désormais locataire.**
- [273] **La croissance externe**, si elle est bien conduite se présente comme **l'une des rares possibilités de réemploi** des fonds dégagés par une opération de *lease-back*, le plus souvent plus efficace que des investissements de diversification ou de reconstruction. À défaut, cette opération n'aurait qu'une faible chance d'augmenter la valeur de l'entreprise.
- [274] Pour l'acheteur des murs, nouveau bailleur, l'intérêt est triple :
- [275] - celui-ci réside dans une **garantie réelle** supérieure à celle de l'hypothèque, limitée toutefois limitée à la possibilité de réemploi réel des immeubles. Or, celui-ci n'est pas toujours praticable ou dans des conditions inégalement avantageuses ;
- [276] - une **durabilité supposée du locataire** (débat sur la durée du bail et la durée de vie économique du bien) ;

- [277] - des **rendements intéressants**, qui peuvent être observés dans les contrats et qu'atteste la rentabilité des principaux opérateurs du marché.

3 LA PROGRESSION DES GROUPES DANS LE SECTEUR DE L'HOSPITALISATION PRIVEE EST DESORMAIS INELUCTABLE

3.1 La Générale de santé : une phase de réorganisation succède à une forte croissance par acquisitions

- [278] Le groupe leader qu'est la Générale de santé arrive à un moment de sa croissance qui ou bien est une phase de maturité ou bien un point d'inflexion. Les conditions de prise de contrôle de son capital se sont traduites par une remontée partielle de sa trésorerie. La gouvernance a pleinement conscience de l'inflexion que connaît l'activité chirurgicale à l'heure actuelle. Après une période de forte croissance externe, marquée en particulier par l'absorption du groupe Chiche (ancienne clinique Bachaumont ; clinique Geoffroy Saint-Hilaire *etc.*) et l'acquisition de la majeure partie des établissements du groupe Hexagone Hospitalisation, le groupe doit digérer les acquisitions. Il a cédé ses établissements italiens et même vendu, en France, quelques établissements qui ne correspondaient pas nécessairement à son cœur de métier. Le groupe occupe une place très importante dans l'agglomération parisienne. Cette situation lui permet d'opérer une redistribution des activités entre les établissements permettant de constituer éventuellement des leaders spécialisés dans telle ou telle discipline. Tel est le cas de la clinique Jacques Cartier à Massy-Palaiseau pour ce qui est de la chirurgie cardiaque et la cardiologie. La mission a pu observer, en Île-de-France que le groupe avait réparti les activités de l'ancienne clinique Bachaumont, située dans des locaux qui ne permettaient pas la mise aux normes, entre la clinique Geoffroy Saint-Hilaire pour la chirurgie et la clinique des Peupliers pour les activités médicales.

3.2 Arbitrages entre la croissance externe et la propriété des murs

- [279] Les groupes tels que Vedici et Médi- Partenaires n'ont pas interrompu ou le moins possible le *trend* de leurs acquisitions, conscient de la nécessité pour eux d'augmenter la taille de leur flotte d'établissements pour figurer parmi les ensembles ayant suffisamment augmenté leur valeur pour faire face dans de bonnes conditions selon le cas aux perspectives de survie ou de rachat de leur capital. Ce choix de la croissance externe n'est pas sans conséquence pour le choix des investissements. À tout moment dans un groupe, une perspective de croissance externe doit être arbitrée contre, bien sûr, des possibilités de remontée de trésorerie mais aussi d'investissements physiques, même s'il arrive que des acquisitions de cliniques soient suivies de rénovations ou de regroupements C'est ce besoin qui explique aussi en grande partie le très large recours à l'externalisation de l'immobilier, soit une forme de désinvestissement, de réduction de l'actif corporel au profit d'une extension de la capacité de production de soins du groupe, un pari qui n'est réussi que si l'activité future des établissements acquis est plus rentable que l'immobilier cédé des établissements déjà présents dans le groupe.

- [280] Le lien entre la croissance externe et l'externalisation des murs est particulièrement bien illustré par Médi-Partenaires. Le 3 janvier 2013, Icade Santé annonce l'acquisition des murs de quatre autres établissements exploités par le groupe Médi- Partenaires (la polyclinique Jean Vilar à Bruges, la polyclinique Les Fleurs à Ollioules, la clinique Villette à Dunkerque, la clinique de Flandre à Coudekerque-Branche ainsi que les murs d'un centre d'imagerie à Clermont-Ferrand), le tout pour 106M€ droits inclus. Le 9 janvier 2013, Médi-Partenaires annonce l'acquisition de l'institut ophtalmique de Somain dans le Nord et le rachat de la moitié qu'il ne détenait pas encore du capital du centre de Néphrologie des Fleurs à Ollioules.

[281] Fin 2010, selon Eurostaf, seuls 440 établissements, offrant 32 % des capacités d'accueil du secteur, demeuraient indépendants, contre 77 % dix ans auparavant. Ces établissements peuvent être éventuellement directement propriétaires de leurs murs, mais plus fréquemment, on observe une partition entre une société d'exploitation et une société civile immobilière propriétaire des murs. Au départ, les mêmes personnes ou leurs familles sont porteuses de parts dans l'une et l'autre sociétés ; mais au fur et à mesure du temps, un écart dans la composition des assemblées générales de l'une et l'autre peut apparaître selon que les médecins partants veulent ou non céder leurs parts ou trouvent à les céder plus ou moins avantageusement. Comme on l'a vu précédemment ce sont les sociétés civiles qui procèdent aux investissements immobiliers et en répercutent le coût dans les loyers qu'elles font payer aux sociétés d'exploitation. De ce fait, l'effort d'investissement des sociétés d'exploitation ne peut guère être saisi directement en statistique, puisque les investissements sont consentis par la société civile immobilière.

3.3 Différentiation dans les stratégies de développement

[282] Bien entendu, le développement des groupes prend des formes différentes. Un groupe tel que Générale de Santé qui est présent de manière très concentrée dans des grosses agglomérations ou conurbations peut plus facilement que d'autres procéder à une recomposition de sa propre offre de soins. Cette possibilité tend à disparaître lorsque le groupe a préférentiellement acquis des établissements dans des villes moyennes éloignées les unes des autres. Ainsi n'y a-t-il pas correspondance entre la recomposition du capital social des établissements de santé et la recomposition territoriale de l'offre de soins.

3.4 Perspectives de maturité

[283] La question du développement des groupes ne manquera pas de se poser à nouveau dans quelques années. Plus la proportion des groupes croîtra dans le secteur de l'hospitalisation privée, plus le taux de croissance de chaque groupe aura tendance à se confondre avec celui du secteur, même si les taux de croissance des groupes peuvent continuer à se différencier quelque peu à ce moment là sauf internationalisation ou européanisation du champ géographique de production. Cet état de fait ne manquera pas de retentir sur les modes de financement qui devront s'accommoder d'augmentation modérée de la valeur et donc de coûts de financement correspondants.

4 LA NECESSITE DE CONTINUER DE METTRE A NIVEAU L'OUTIL DE PRODUCTION

4.1 Un moindre coût à la construction des cliniques privées

[284] La pression financière plus immédiatement ressentie par les cliniques que par les hôpitaux, a conduit celles-ci à être plus strictes sur les conditions de réalisation de leurs opérations d'investissement. Les données de l'observatoire des coûts de la construction font apparaître que les cliniques construisent à coût moindre que les établissements publics.

[285] Ainsi le coût médian du m² de surface utile (hors VRD), dans un échantillon d'opérations recensées³⁹ jusqu'au 31 décembre 2010, pour des opérations de construction neuve d'opérations MCO, était de 2448,42 € pour des établissements privés, contre 3257,2 € pour les opérations publiques en loi MOP, et 2879,64 € en conception-réalisation dans les hôpitaux. L'ANAP, gestionnaire de l'observatoire, met cependant en garde sur le fait que l'échantillon des

³⁹ ANAP observatoire des coûts de la construction hospitalière juin 2011

cliniques privées ne comprend qu'un seul établissement en région parisienne. Le meilleur résultat des cliniques privées tient notamment à des procédures moins lourdes que celles des marchés publics, ce que tend à confirmer le fait que le délai et le coût des opérations publiques en conception-réalisation sont plus proches de ceux des cliniques. Le rapport entre surface utile et surface dans œuvre est plus élevé dans les cliniques (sauf les cas de conception-réalisation dans les EPS).

4.2 L'investissement physique existe dans les cliniques privées, même s'il est moins fréquent et moins massif que dans les hôpitaux

[286] Dans un groupe comme Médi-Partenaires l'aptitude à consentir des investissements de modernisation importants demeure, en toute hypothèse, un argument mis en avant pour convaincre les actionnaires des cliniques à vendre ou susceptibles de l'être. Le rapport IGAS sur les cliniques privées note que « le groupe Médi-Partenaires a investi environ 27 M€ (HT) entre 2001 et 2003 pour la modernisation des établissements rachetés (en dehors des opérations de rachats elles-mêmes et des investissements courants), qui bénéficient chacun d'une enveloppe de 2 à 6 M€ à ce titre. Sur 2009-2010, alors que le groupe faisait une pause très temporaire dans ses acquisitions, les investissements de modernisation se sont poursuivis (45 M€ sur 2009-2010), étant considérés comme des facteurs clés d'attractivité à l'égard des médecins ».

[287] La mission a, de son côté, pu observer que le groupe CAPIO avait opportunément saisi la possibilité d'un regroupement sur site unique pour reconstruire la clinique du Tonkin à Villeurbanne, dont le bâti était passablement érodé et surtout dont les locaux étaient trop étroits pour permettre d'y continuer un fonctionnement normal des services, par exemple, de réanimation et d'urgences. La mission y a d'autant plus porté attention que la non-reconstruction de la clinique lui avait été présentée par certaines personnes comme une indication d'excellence.

5 L'INSCRIPTION DANS LA REGULATION TERRITORIALE ET DANS LES PLANS DE FINANCEMENT PLURIANNUELS

[288] Les établissements privés comme les établissements publics d'hospitalisation sont soumis à autorisation de leurs activités, autorisation délivrée par le DG ARS. La constitution de groupes nationaux aurait pu contribuer à la tentation de contourner le niveau régional et de s'adresser directement au niveau national. Cependant, bien qu'il ne soit pas possible d'établir que de telles interventions n'ont pas eu lieu, il faut constater que le niveau régional n'a pas été systématiquement mis hors circuit. Plusieurs raisons peuvent en être avancées. Le fait que les autorisations soient détenues par les établissements et non par la holding peut jouer un rôle. Plus important est le fait que les autorisations ne peuvent être délivrées que par une autorité de niveau régional après observation d'une procédure faisant intervenir des instances consultatives régionales comme c'est le cas aujourd'hui pour la commission spécialisée de l'offre de soins où sont représentées les différentes composantes de l'offre de soins. Mais la raison essentielle en demeure que l'activité soignante est une activité encore aujourd'hui assez largement localisée en dépit des attractivités évidentes dans des spécialités telles que l'ophtalmologie ou la chirurgie programmée.

[289] La réactivité des directions de groupe qui ont le plus souvent renoncé à avoir elles-mêmes des échelons régionaux, les conduit souvent à défendre directement leur point de vue auprès des autorités régionales proposant dans le cadre des plans de financement pluriannuels, décisionnaires de manière générale sur les attributions d'aide ainsi que sur les contrôles.

[290] S'agissant des plans de financements nationaux, dans la pratique, les établissements privés ont été, candidats aux aides des plans H2007 et H2012. Ils y ont surtout été retenus lors d'opérations de regroupements sur site unique et en informatisation, et, pour les premières, plus aidées en subvention FMESPP, qu'en dotation AC. Bien que la mission ait pu observer des opérations immobilières qui n'avaient pas été aidées, un certain nombre des interlocuteurs rencontrés ont fait part de leur scepticisme quant à la possibilité de pouvoir dans l'avenir mener à bien des opérations de construction ou de restructuration sans aide publique, en particulier en raison de la faiblesse et de la variabilité des tarifs et des limites temporelles ou techniques des apports de capitaux par les fonds d'investissement et des *sales and lease-back*.

ANNEXE 12 : PROSPECTIVE

1 QUELS SONT LES DETERMINANTS GENERAUX DE L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE EN FRANCE ET CEUX PLUS SPECIFIQUES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SUSCEPTIBLES DE PESER SUR L'INVESTISSEMENT ?

- [291] Investir dans les établissements de santé emporte des conséquences fortes pour l'organisation de l'offre de soins pour au minimum deux à trois décennies, et souvent bien davantage. Il est habituel d'entendre que tous les établissements de santé qui s'inaugurent portent les modèles de conceptions d'organisations anciennes, déjà dépassées lors de la mise en service des projets les plus lourds, car les plus longs à réaliser.
- [292] Est-il pourtant possible d'anticiper les principales évolutions et construire des établissements de santé adaptés aux prises en charge du futur ? Comment identifier parmi tous les déterminants passés et actuels ceux qui se révéleront véritablement moteurs dans l'évolution du système de santé ? Comment identifier ceux de ces déterminants qui pèseront particulièrement sur les établissements de santé, voire ceux qui ne pèseront que sur eux ?
- [293] La revue les travaux de prospective conduits ces 20 dernières années tant sur le système de santé dans son ensemble que sur les établissements de santé permet de dégager quelques enseignements.

1.1 Les principaux déterminants identifiés au début des années 1990 continuent à peser sur l'évolution du système de santé

1.1.1 Santé 2010 : un exercice de prospective fécond conduit au début des années 1990

- [294] L'exercice de prospective le plus connu est celui conduit au début des années 1990 par Raymond SOUBIE⁴⁰ qui préconisait notamment la création d'agences régionales des services de santé (ARSS) précurseurs des ARH en 1996 et des ARS de 2009. Ce travail soulignait le caractère moteur de quatre déterminants :
- **La transition épidémiologique** en cours et la nécessité d'organiser le système de soins autour de la prise en charge de pathologies dégénératives (cancer, maladies neuro-cardio-vasculaires...) d'une population en situation de **vieillesse démographique** tout en conservant une attention aux pathologies liées aux modes de vie (suicides, accidents) ou aux infections émergentes (HIV..).
 - **Les prévisions de financement du système de santé** reposaient sur des hypothèses de croissance de la dépense de santé de 0,6 à 2 points de PIB sur la période. C'est la fourchette haute qui s'est réalisée. La régulation préconisée par le contingentement budgétaire d'enveloppes de dépenses globales, visait à peser sur le découplage entre la croissance de la production de richesses du pays et celle du prélèvement opéré sur ces richesses par le système de santé, jugé insoutenable à moyen terme.

⁴⁰ SOUBIE R, *Santé 2010*, rapport du groupe « Prospective du système de santé », La Documentation française, 1993, 152 p

- La **nécessité d'une refonte de la gouvernance** nationale entre Etat et Assurance maladie d'une part et, d'autre part régionale, en refondant fortement les institutions locales (DRASS, DDASS, CPAM et CRAM) au sein d'une ARSS. Il s'agissait de rompre avec le modèle de négociation conventionnel national en expérimentant dans des négociations locales de nouveaux modes de rémunération plus adaptés à la prise en charge des pathologies chroniques : capitation globale incluant soins primaires et secondaires, modulation de la participation des patients s'engageant dans des filières de soins coordonnés, financement des réseaux de soins...

[295] D TABUTEAU et PL BRAS en 2010, tout en saluant le caractère fondateur de la réflexion conduite dans « Santé 2010 », signalent les déterminants peu ou pas pris en compte et qui ont cependant pesé sur l'évolution du système de santé⁴¹ : **la démographie médicale** tout d'abord dans une période où dominait la doxa de la pléthore médicale et la nécessité de contraindre l'évolution des dépenses par une politique malthusienne de l'offre⁴² ; les préoccupations de **sécurité sanitaire** par ailleurs et la montée en puissance des directives européennes en la matière *cf. infra*.

1.1.2 Les exercices ultérieurs conduits entre 2000 et 2010

[296] Quatre exercices de prospective plus récents^[43,44,45,46], conduits entre 2000 et 2010, ont retenu des scénarios dont les déterminants s'inscrivent pour partie en continuité mais aussi en rupture avec ceux de l'exercice précédent.

[297] Dans la continuité, ces exercices de prospectives font l'hypothèse de la **poursuite de la transition épidémiologique** maladies aiguës – maladies chroniques amplifiée par le **vieillissement**. La **régionalisation des instances de gouvernance** de l'offre de soin est également confortée. Enfin les **impératifs de maîtrise des dépenses** sont rappelés. Il est noté que les écarts de croissance de la richesse nationale et des dépenses de santé ont fluctué : l'écart de 3 points en faveur des dépenses de santé des années 1970 est passé à 2 points dans les années 1980 et 1 point dans les années 1990. Mais, malgré un différentiel d'évolution presque superposable à la fin des années 1990, les écarts ont recommencé à se creuser dans les années 2000 et se sont financés par de l'endettement. Depuis 2009, le déficit de l'assurance maladie correspond chaque année à environ 1 mois de ses dépenses. **L'objectif de stabilisation des dépenses de santé sur la croissance de la richesse nationale reste majeur.**

⁴¹ BRAS, PL & TABUTEAU D, "santé 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé ; *Les Tribunes de la santé*, 2009/4 n° 25, p. 79-93.

⁴² « Il serait illusoire, voire trompeur, de tenter de chercher à maîtriser le volume des actes si simultanément n'était pas maîtrisé le volume des acteurs » J JOHANET, directeur de la CNAMTS, décembre 1992.

⁴³ POLTON D, Quel système de santé à l'horizon 2020 ? : Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La documentation Française, Paris 2000, 172 p

⁴⁴ S CHAMBARETAUD et B PERICARD, Commissariat général au Plan. Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : un essai de prospective, novembre 2005, 124 p

⁴⁵ Bulletin. Acad. Nl. Med 2007 191, N° 2, 413-424

⁴⁶ INPES, Prospective santé 2030–prévention 2010, Rapport final, novembre 2010, 52 p.

[298] En rupture avec les hypothèses retenues dans « Santé 2010 », est l'importance des **évolutions de la démographie médicale**, la baisse annoncée étant cette fois perçue comme une menace qui est intégrée dans les scénarios dès les années 2000 ; de même **l'évolution de la demande de sécurité des soins** tant d'origine professionnelle qu'issue de la pression des patients et des assureurs apparaît forte. S'agissant des patients, tous les travaux soulignent la montée des **attentes et l'évolution des comportements des citoyens et usagers** poussant à davantage de transparence, d'information et d'évaluation⁴⁷. Le terme démocratie sanitaire se forge à la fin des années 1990 sous l'impulsion des associations de malades et notamment celles impliquées en matière de lutte contre le SIDA ; il sera inscrit dans le titre II de la loi de 2002⁴⁸.

Encadré. L'évolution de la démographie médicale.

L'observatoire national de la démographie médicale a établi plusieurs scénarios d'évolution d'ici 2030. Selon son scénario dit tendanciel⁴⁹, les évolutions seraient les suivantes :

- **baisse des effectifs** généraux tant de spécialistes que de généralistes, avec retour aux effectifs 2006 vers 2030 pour ces derniers. Variations très contrastées des effectifs de spécialistes selon les disciplines
- Entre 2006 et 2030, **baisse de la densité médicale** de 327 à 292 pour 100 000 habitants, avec une dépression à 276 en 2020 en lien avec la croissance de la démographie française d'environ 10 %. Les densités médicales régionales se modifieraient notablement : les effectifs de médecins actifs diminueraient en Corse (-26,6 %), en Île-de-France (-19,5 %), en PACA (-12,8 %), en Bourgogne (-10,9 %), en Languedoc-Roussillon (-8,5 %), dans le Centre (-7 %), en Midi-Pyrénées (-5,5 %), en Alsace (-4,9 %). Ils seraient stables ou quasi stables en Limousin (+0,0 %), en Nord-Pas-de-Calais (-1 %), en Picardie (-0,8 %) et en Champagne-Ardenne (-0,3 %). Pour ces régions, la tendance à la hausse des effectifs régionaux de médecins actifs, observée au cours des vingt dernières années pour toutes les régions, ne se poursuivrait pas. Mais le nombre de médecins en activité continuerait à augmenter modérément en Haute-Normandie (+1,2 %), en Lorraine (+6,9 %) et en Rhône-Alpes (+8,9 %). L'augmentation du nombre de médecins serait enfin marquée en Auvergne (+10,2 %), Aquitaine (+13,5 %), Basse-Normandie (+14,5 %), Franche-Comté (+18,3%) et plus encore aux Antilles (+19%), en Pays de la Loire (+21,5%), à La Réunion (+23%), en Bretagne (+25%), en Poitou-Charentes (+26%) et dans les TOM (+31,8%).
- **concentration des médecins dans les pôles urbains** dotés d'un CHU : En 2006, 54% des médecins exerçant en France métropolitaine hors Corse travaillent dans un pôle urbain pourvu d'un centre hospitalier universitaire (CHU), 31% dans un pôle urbain sans CHU, 7% en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée et 8% dans un espace à dominante rurale. Selon le scénario tendanciel, la part des médecins exerçant dans un pôle avec CHU progresserait jusqu'à 58% en 2030, en défaveur des autres types de zone, notamment les espaces à dominante rurale, où, en 2030, moins de 6% des médecins exerceraient.

Source : Le renouvellement des effectifs médicaux tome 3 Rapport 2008-2009 ONDPS tome 3

⁴⁷ Ces travaux de prospective sont contemporains de ceux sur la place des usagers. CANIARD E. La Place des usagers dans le système de santé : rapport et propositions du groupe de travail, Secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés. Décembre 2000, 63 p.

⁴⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁹ Comportements des médecins et dispositions publiques inchangées

- [299] Les principaux **progrès techniques** sont portés dans les scénarios par le développement de la biologie moléculaire et de la génétique avec des implications fortes en matière de médecine prédictive et du diagnostic. Les évolutions des disciplines nécessitant un plateau technique (imagerie, chirurgie et anesthésie) nourrissent le mouvement de concentration de l'expertise technique mais aussi peuvent être, avec le recul de la limite d'âge, porteuses de diffusion d'interventions moins invasives et/ou mieux maîtrisées.
- [300] B DORMONT souligne le faible poids du vieillissement dans l'évolution des dépenses de santé au regard de celui lié à **l'évolution des pratiques médicales**, et notamment au progrès technique et à la diffusion de l'innovation médicale⁵⁰. Par ailleurs, les travaux récents mettent en cause le coût important de la dernière année de vie, les dépenses augmentant très peu avec l'âge lorsque ce paramètre est neutralisé⁵¹.
- [301] Enfin, les exercices de prospectives comportent tous depuis les années 2000 un **volet télé-médecine** et système d'information partagé dont on assure qu'il est porteur de forts changements organisationnels.
- [302] Ceci conduit les différents auteurs à privilégier des évolutions s'inscrivant pour partie dans la continuité et pour partie dans la rupture du rapport « santé 2010 ».
- En continuité. Tous les travaux s'inscrivent dans la nécessité d'une maîtrise accrue des dépenses de santé ; ils poussent à approfondir la régionalisation de la gouvernance et à renforcer coordination et continuité des soins entre professionnels et structures (mises en réseau autour des hôpitaux locaux, maisons de santé ou « du bien être » dans les espaces périurbains et ruraux, voire permanence tournante de praticiens hospitaliers dans certaines zones enclavées).
 - En rupture. L'accent est mis sur la prévention collective et individuelle afin de peser sur l'apparition des pathologies chroniques et sur leurs complications, sur les différentes mesures incitatives et/ou coercitives à conduire pour maintenir des médecins dans les zones qui se désertifient, sur la nécessaire complémentarité et transfert de compétence entre médecins et autres professionnels.

1.1.3 Deux exercices récents conduits en 2011 - 2012

- [303] Deux exercices plus récents sur le système de santé ont été conduits par le centre d'analyse stratégique fin 2011⁵² et par le Haut conseil à l'Assurance maladie (HCAAM) début 2012⁵³. Les principaux déterminants étudiés sont ceux décrits ci-dessus. Le CAS inscrit sa réflexion dans le cadre d'une croissance du PIB autour de 1 % par an sur la période des 20 prochaines années⁵⁴ ; les efforts demandés au système de santé vont donc être considérables.

⁵⁰ DORMONT B Les dépenses de santé, une augmentation salubre ? Collection du centre pour la recherche économique et ses applications (CEPREMAP) ; Edition ENS rue d'ULM ; 80 p

⁵¹ DORMONT B., GRIGNON M., HUBER H., « Health expenditure growth: reassessing the threat of aging », Health Econ., 15 (9), 947-63, 2006

⁵² Conseil d'analyse stratégique, Quelle organisation de l'offre de santé dans 20 ans ? Actes du séminaire, 5 décembre 2011, 43 p.

⁵³ Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, Avis adopté lors de la séance du 22 mars 2012

⁵⁴ Le projet de loi de finances et le projet de loi de programmation des finances publiques sont bâtis sur une hypothèse de croissance de 0,8 % en 2013 puis de 2 % entre 2014 et 2017.

- [304] Le HCAAM témoigne de l'existence de gisements d'efficience en terme d'organisation des parcours de soins : dans un exercice d'école sur 6 affections, le HCAM a estimé que la seule égalisation de la croissance des durées de séjour des hospitalisés de plus de 55 ans, sur les croissances départementales les mieux maîtrisées, permettrait d'économiser 5 % du nombre de journées MCO, soit 3 millions de journées ou environ 2 milliards d'euros par an⁵⁵. Pour ces raisons, le HCAAM plaide pour le passage d'une médecine d'actes isolés à « une médecine de parcours » et à adapter le financement du système de soins à cette évolution.
- [305] Pour C LE PEN, il n'y aura effectivement plus de gisement de ressources dans la croissance externe du PIB : les évolutions du système de santé devront être portées par les gisements d'efficience interne, or « *les mesures qui augmentent la productivité du système ont de fortes répercussion en terme structurels* »⁵⁶.
- [306] Les impacts du ralentissement économique et de l'alignement des croissances PIB / dépenses de santé seront en partie amortis ces cinq prochaines années pour D TABUTEAU en raison de la baisse de la démographie médicale et de l'absence d'innovations thérapeutiques majeures.
- [307] Il convient de noter que le niveau optimal des dépenses de santé est aujourd'hui débattu. B DORMONT souligne que les progrès en santé et la longévité en résultant sont probablement en eux-mêmes un facteur majeur de croissance du PIB⁵⁷. Cette thèse rejoint celle développée par P ULMANN⁵⁸ mais ne fait pas consensus⁵⁹. Ces débats sont complexes et ne pourront prospérer que dans un cadre démocratique qui reste à organiser⁶⁰. Pour ces raisons, aucun des exercices de prospective ne l'a aujourd'hui intégré. Un changement d'analyse sur ce point, comme cela a été observé pour la démographie médicale, constituerait un point de rupture majeur pour de futurs scénarios.

1.2 L'hôpital du futur

- [308] Ces réflexions prospectives portent sur l'ensemble du système de santé. Une partie y est dévolue aux évolutions du système hospitalier. Dans une démarche inverse, plusieurs autres travaux se sont concentrés sur l'hôpital, l'évolution de son environnement n'étant que l'un des paramètres abordés. Principaux enseignements.

1.2.1 La place de l'hôpital dans le système de soins est appelée à se réduire encore au profit des autres modes de prise en charge

- [309] Les travaux de l'OCDE témoignent d'une bonne position du système de santé français mais ils relèvent tout de même la mauvaise répartition des ressources entre les secteurs hospitaliers et de ville et sa mauvaise position en terme de réduction des inégalités d'accès aux soins. S'agissant des premiers la tendance générale est globalement à la baisse en France⁶¹.

⁵⁵ HCAAM Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté le 23 juin 2011.

⁵⁶ CAS Séminaire 2011. Ibid. cit.

⁵⁷ DORMONT B ibid. cit.

⁵⁸ ULMANN P, Est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ? Revue d'économie financière, 2004, 76, 76, pp. 19-37

⁵⁹ « Le HCAAM a exprimé son souhait que ces questions du lien entre les dépenses d'assurance maladie et la croissance, voire leur possible concours à une forme particulière « d'investissement » productif, soient – même si elles sont difficiles à documenter – davantage étudiées et comprises » in rapport Avenir de l'assurance maladie 22 mars 2012.

⁶⁰ GERBER SL, Combien les français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ? Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé. Centre d'analyse stratégique. La note de veille, Avril 2010, n°171.

⁶¹ OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.

- [310] Les séjours hospitaliers devraient être, dans le cadre du développement de la « médecine de parcours » prônée par le HCAAM, moins nombreux, moins longs ou moins répétés, et moins souvent initiés par une situation d'urgence.

1.2.2 La pression réglementaire sur les plateaux techniques va se maintenir

- [311] La préoccupation portant sur la qualité et la sécurité des soins a été fortement portée depuis les années 1990. Cette pression sur la qualité et la sécurité a conduit les pouvoirs publics dans les années 1990-2000 à réglementer dans plusieurs des domaines clés que sont l'organisation des alternatives à l'hospitalisation⁶² (1992), la sécurité anesthésique⁶³ (1994), l'organisation des blocs opératoires⁶⁴, l'organisation graduée des urgences⁶⁵ (1995-1997), de la gynéco-obstétrique⁶⁶ (1998); réanimation, soins intensifs et continus⁶⁷ (2003) et plus récemment de la cancérologie⁶⁸ (2007), la cardiologie interventionnelle⁶⁹ (2009) et la biologie médicale⁷⁰ (2010).
- [312] Les pouvoirs publics ont aussi mis en place un dispositif national de certification conduit par des évaluateurs externes, distinct des agents inspecteurs ou contrôleurs de l'Etat et de l'assurance Maladie (1996)⁷¹. Celui-ci vise à entretenir la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé.
- [313] D'une manière générale, les contraintes de mise aux normes qu'elles soient médicales ou plus générales (de type sécurité incendie, normes sismiques ou environnementales) vont continuer à peser fortement sur les politiques d'investissement.

1.2.3 Le modèle de financement à l'activité devrait s'étendre à de nouveaux secteurs jusqu'ici préservés et diffuser la culture du « retour sur investissement » à l'ensemble des nouveaux projets

- [314] La mise en place d'une **tarification à l'activité** introduite entre 2004 et 2009 pour les EPS a constitué une forte rupture peu ou pas anticipée par un système de santé qui en 1993 pratiquait la tarification à l'acte tant dans le secteur hospitalier que de ville. La T2A ne s'imposera qu'après un passage par la dotation globale de financement dans le secteur des EPS. Ce modèle introduit aujourd'hui une exigence de mesure du retour sur investissement, absente du modèle de financement antérieur *cf. rapport principal*. Il pousse également à une meilleure efficacité de la gestion visant notamment à la poursuite de la baisse de la durée moyenne de séjour, principal inducteur des coûts.

⁶² Décret du 2 octobre 1992 et décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire

⁶³ Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994

⁶⁴ Circulaire DH/FH n° 2000-264 du 19 mai 2000, relative à la mise en place des conseils de blocs opératoires dans les établissements de santé

⁶⁵ Décrets n° 95-647 et n° 95-648 du 9 mai 1995 ; Décrets n° 97-615 et n° 97-619 du 30 mai 1997.

⁶⁶ Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale

⁶⁷ Décrets n°2002-465 et n°2002 -46 6 d u 5 avril 2002 dont réanimation (CSP art D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art D.6124-1 04 à 11 6), surveillance continue (CSP D.6124-117 à 120)

⁶⁸ Décret 2007-388 relatif aux conditions d'implantation [des sites] de traitement du cancer et décret 2007- 389 relatif aux conditions techniques de fonctionnement ; l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle

⁶⁹ Décret n° 2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie et arrêté 14 avril 2009 fixant le nombre minimal annuel d'actes

⁷⁰ Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

⁷¹ L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français.

- [315] Ce changement de paradigme⁷² ne touche que marginalement les soins de suite et la santé mentale et n'a pas encore produit tous ses effets dans le secteur des soins MCO des EPS *cf. rapport principal*.

1.2.4 Concentration des plateaux techniques et poursuite de la baisse des capacités d'hospitalisation complète en chirurgie et en médecine

- [316] Ces évolutions sont intégrées dans les exercices de prospective français récents, et complètent celles déjà décrites dans le rapport « Santé 2010 » :
- Spécialisation et concentration des plateaux techniques et des spécialistes ; développement de plateforme d'expertise pluridisciplinaires dans leur prolongement.
 - Poursuite de la baisse du nombre de lits de chirurgie. Bien que la capacité hospitalière a globalement diminué au cours de la dernière décennie⁷³, la France demeure caractérisée par une abondance globale de l'offre hospitalière ; certains auteurs estiment qu'il existe en 2011 un potentiel de réduction de 50 % des lits de chirurgie existants⁷⁴.
 - Poursuite du développement de l'ambulatoire : les capacités ont augmenté de plus de 25 % ces dix dernières années ; le taux global de recours à la chirurgie ambulatoire était de 37,8 % en 2010 ; le CPOM Etat-ARS fixe la cible 2013 à 45,5 % ; la mission IGAS-IGF sur l'évolution de l'ONDAM proposait une cible à 50 % en 2017. Le PLFSS 2013 a avancé cette échéance d'un an. Ces cibles pourraient être dépassées : les taux observés à l'international sont supérieurs à 70 % et les sociétés savantes visent des taux situés autour de 80 %⁷⁵.
 - Télémedecine.
- [317] Ces déterminants sont connus et pour beaucoup déjà mis en œuvre de longue date. Il n'existe pas à proprement parler de déterminant nouveau susceptible de guider un scénario de rupture pour l'hôpital. L'évolution porte principalement sur le repositionnement de la place de l'hôpital dans l'ensemble du système de soins : « Un changement de paradigme où les mots pouvoir et centrisme ont été remplacés par pilotage, maillage et coopération »⁷⁶.

1.2.5 Flexibilité accrue du bâti et différenciation des aires techniques, médicales et administratives⁷⁷

- [318] Les techniques de prise en charge évoluent plus vite que le bâti et il existe un besoin fort d'intégrer dès la conception, la possibilité de conduire les évolutions nécessaires au moindre coût. Ceci est en partie possible en remodelant les parties les moins techniques des espaces construits.

⁷² DOUSSOT-LAYNAUD AC & PEYRET P, La confirmation d'un changement de paradigme dans la construction budgétaire des EPS : le caractère financier de la gestion est explicitement affirmé, Finances hospitalières, juin 2010, 37

⁷³ Comment la France se positionne, OCDE, 2012, Note d'information Base de données OCDE 2012

⁷⁴ Pr Guy VALLANCIEN in Actes du séminaire CAS *ibid. cit.*

⁷⁵ BONTEMPS Gilles, Chirurgie ambulatoire : rencontres 27 janvier 2011, Etat des lieux, enjeux et perspectives, Séminaire ANAP

⁷⁶ Communiqué Les CHU se régénèrent aux assises. XIIIèmes Assises de Bordeaux, - 6 et 7 décembre 2012 <http://www.reseau-chu.org/les-articles/article/article/les-chu-se-regenerent-aux-assises/>

⁷⁷ ERCHEL B and al. Investing in hospitals of the future. Observatory studies n°16. World Health Organization 2009.

[319] Les aires dédiées aux fonctions les plus techniques blocs, imagerie, et services de réanimation et soins intensifs (les lits chauds) supportent les contraintes techniques d'aménagement les plus fortes ; elles sont de ce fait les plus coûteuses et possèdent souvent la plus faible durée de vie technique. A l'inverse, la fonction hôtelière, notamment celle en relation avec les soins de plus faible intensité ont moins de contraintes, sont de ce fait beaucoup plus standardisables et possèdent une durée de vie d'exploitation plus longue. Les aires administratives (incluant les salles de staff et les bureaux médicaux) apparaissent être les espaces les moins spécifiques. La conception distincte de ces derniers espaces, et parfois leur dissociation physique des services les plus techniques⁷⁸, permet de concevoir des bâtiments plus facilement évolutifs.

1.2.6 Les cibles en nombre de lits de court séjours

[320] Les évolutions des investissements hospitaliers vont s'inscrire dans des tendances connues, déjà à l'œuvre, dont le niveau des objectifs fixé et l'échéance pour les atteindre sont à préciser.

[321] Quelles pourraient en être les cibles ? Et notamment, puisqu'il s'agit d'un indicateur majeur pour les investissements, quelles sont les cibles en nombre de lits et places souhaitables pour les prochaines années ? Quels sont les besoins en plateaux techniques ?

[322] En France, le nombre de lits d'hôpitaux pour soins curatifs était de 3,5 lits par milliers d'habitants en 2010, à peu près égal à la moyenne des pays de l'OCDE. Comme dans la plupart des autres pays développés, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant en France a diminué au cours des 20 dernières années, suite à la réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et une augmentation du recours à la chirurgie de jour⁷⁹. Les bilans des capacités hospitalières sur longue période témoignent de la réduction importante réalisée ces vingt dernières années : la France est passée de 4,6 lits de soins aigus pour 1000 habitants en 1995 à 3,5 en 2010.

Tableau 4 : Evolution du nombre de lits par habitants 2000-2010 dans quelques pays OCDE

Lits pour 1000 Habitants ⁸⁰	Taux	TCAM 2000-2010
Allemagne	8,3	-1
France	6,4	-2,1
Europe 27	5,3	-1,9
Suède	2,7	-2
Lits aigus⁸¹ pour 1000 habitants	Taux	
Allemagne	5,7	
France	3,5	
Europe 27	3,7	
Suède	2,0	

Source : OCDE, Rapport 2012 Health at a glance; exploitation IGAS

⁷⁸ A l'image du choix réalisé dans le nouveau pôle médico-chirurgical dit bâtiment LAENNEC, à l'hôpital Necker.

⁷⁹ Comment la France se positionne, OCDE, 2012, Note d'information Base de données OCDE 2012

⁸⁰ Tous les lits publics et privés en hospitalisation complète > 1 jour, MCO, SSR et psy. Long séjour, EPHAD et maisons de retraite exclus.

⁸¹ Idem mais sur les seuls MCO, Psychiatrie, SSR et soins palliatifs exclus.

- [323] Le récent rapport de l'IGAS sur les fusions et regroupements hospitaliers, détaille par grande discipline ces évolutions⁸² :
- [324] « Dans le secteur de l'obstétrique, l'administration de la santé a poursuivi depuis plus de trente ans une politique de périnatalité très volontariste et normative, qui s'est traduite par une diminution importante du nombre de maternités, qui est passé de 1 369 sites en 1975 à 554 en 2008, et par une augmentation de la taille et du niveau de technicité des structures restantes ; les fusions d'établissements et regroupements de services ont joué un grand rôle dans ce mouvement. Dans le même temps, la mortalité néo-natale et la qualité des dépistages se sont améliorées, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agit là de l'effet direct de la politique poursuivie.
- [325] Dans le secteur de la chirurgie, les pouvoirs publics se sont montrés beaucoup plus ambivalents. L'effort a principalement porté sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais la politique des seuils, admise en obstétrique, peine à se développer, tout comme la logique de l'efficacité : les blocs opératoires restent trop éparpillés, un quart d'entre eux ont un temps d'ouverture trop faible et le nombre de sites de gardes en chirurgie est excessif, au regard du temps d'utilisation des blocs opératoires la nuit et le week-end. De plus, si le développement de la chirurgie ambulatoire est une bonne chose, notamment en raison de son impact positif sur l'organisation et les pratiques des professionnels, elle n'est pas une panacée, notamment pour les plus petits établissements confrontés à une faible activité.
- [326] En médecine enfin, qui représente pourtant la majorité des lits d'hospitalisation, le ministère n'a guère porté le discours de la restructuration, à quelques exceptions près (cancérologie). Même si les restructurations en médecine après regroupement ou fusion existent bien, elles sont rarement issues d'une volonté délibérée de la tutelle ou des directions hospitalières, mais apparaissent plutôt comme le fruit de volontés médicales locales. Cette situation est regrettable, car c'est dans les services de court séjour de médecine que les inadéquations hospitalières sont les plus importantes.
- [327] Ainsi, si le mouvement de restructuration paraît presque terminé dans le secteur de l'obstétrique, il est loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie, et n'en est qu'à ses balbutiements en médecine. Les évolutions nécessaires exigeront des évolutions profondes dans le fonctionnement des EPS ; dans certains cas, c'est leur existence même qui est remise en cause ».
- [328] Les principales recommandations découlant de ces constats en ce qui concerne les restructurations des différentes activités MCO sont détaillées comme suit :
- « en obstétrique, l'enjeu est désormais plutôt de s'interroger sur la possibilité d'accorder des dérogations de longue durée aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins, et sur les moyens à employer pour améliorer l'organisation du pyramidage entre maternités de niveau I, II et III ;
 - en chirurgie, la politique des seuils doit être relancée, mais également affinée, par pathologie, par professionnels ; à côté des enjeux de qualité elle doit aussi mettre en exergue les enjeux d'optimisation des coûts (ainsi en matière de permanence des soins) ; la chirurgie ambulatoire doit continuer à être promue, notamment en développant l'appui à l'entourage, mais en veillant à éviter un développement trop anarchique, en particulier dans les plus petites structures ;
 - en médecine, il est souhaitable de poursuivre le travail sur les inefficiences et les inadéquations afin d'aboutir à des recommandations de bonne pratique ou de bonne organisation ;
 - L'effort d'optimisation des plateaux techniques d'imagerie et de biologie doit par ailleurs être poursuivi ».

⁸² LALANDE F, SCOTTON C, BOCQUET PY & BONNET JL, Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Mars 2012, Rapport IGAS RM2012-020P.

[329] La DREES a estimé en 2008, dans un travail prospectif sur l'impact du vieillissement sur les besoins en lits d'hospitalisation MCO, qu'un scénario volontariste (scénario 3 *infra*) pourrait viser une baisse de 20 % du nombre de lits d'hospitalisation complète MCO à l'horizon 2030 avec en contrepartie un doublement du nombre de places⁸³.

Tableau 5 : Estimation du nombre de lits et places en MCO pour les années 2010, 2020 et 2030 selon les scénarios envisagés

Equivalents-journées (en milliers) (1)	Données PMSI		Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
	1998	2004	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Journées en HC (2)	58 419	53 481	57 323	64 633	73 512	52 690	52 341	53 246	50 602	47 507	45 755
Venues en ambulatoire	3 561	4 960	5 127	5 494	5 842	5 949	8 206	11 422	5 819	7 777	10 356
Taux d'occupation (3)	Données SAE		Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
	1998	2004	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Hospitalisation complète	0,7758	0,7783	0,7783	0,7783	0,7783	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Hospitalisation ambulatoire	0,8765	0,9689	0,9689	0,9689	0,9689	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Journées exploitables (activité / taux d'occupation) (en milliers)	1998	2004	Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
			2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Hospitalisation complète	75 302	68 715	73 652	83 044	94 453	65 862	65 426	66 558	63 253	59 384	57 194
Hospitalisation ambulatoire	4 062	5 119	5 292	5 670	6 029	5 949	8 206	11 422	5 819	7 777	10 356
Nombre moyen de jours d'ouverture dans l'année (3)	Données SAE		Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
	1998	2004	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Hospitalisation complète	351	354	354	354	354	365	365	365	365	365	365
Hospitalisation ambulatoire	338	339	339	339	339	338	338	338	338	338	338
Capacités d'hospitalisation (journées exploitables / nombre moyen de jours d'ouverture)	1998	2004	Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
			2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Nombre de lits	214 535	194 111	208 057	234 587	266 815	180 443	179 249	182 349	173 294	162 696	156 695
Nombre de places	12 018	15 101	15 609	16 728	17 786	17 602	24 278	33 794	17 217	23 009	30 640
Évolution par rapport à 2004 (en %)											
• lits			+7,2	+20,9	+37,5	-7,0	-7,7	-6,1	-10,7	-16,2	-19,3
• places			+3,4	+10,8	+17,8	+16,6	+60,8	+123,8	+14,0	+52,4	+102,9

(1) Non compris grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal et venues pour des séances.

(2) Hospitalisations ≥ 24 heures.

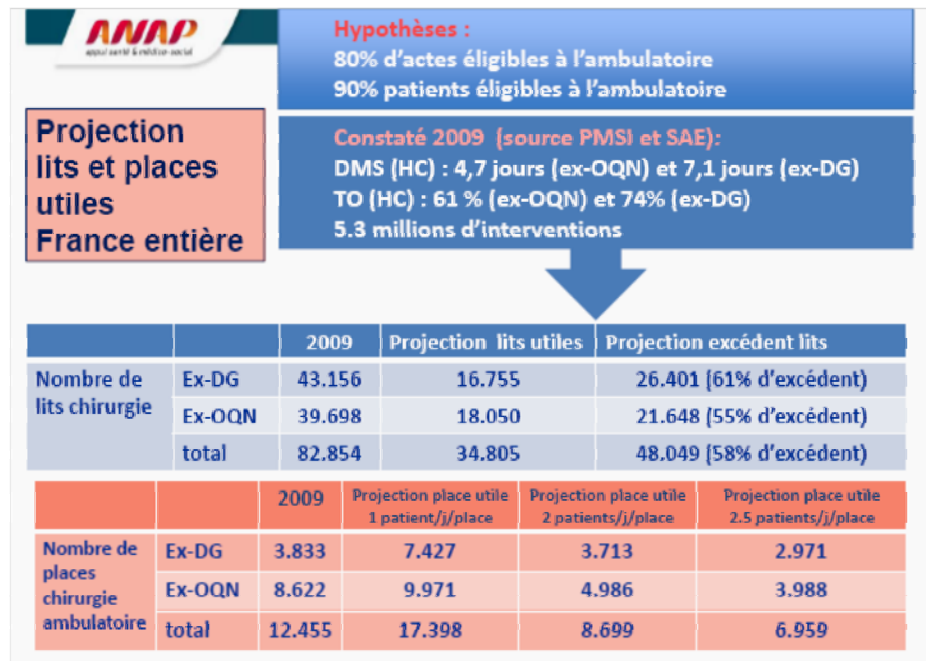
(3) Calculés en 1998 et 2004 sur l'ensemble médecine et chirurgie.

Source : DREES, MOUQUET MC et OBERLIN P, Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010. *Ibid.* Cit

[330] En 2011, l'ANAP a estimé que le modèle de prise en charge en chirurgie ambulatoire, devait devenir la norme de prise en charge. Avec 90 % des patients et 80 % des actes éligibles à l'ambulatoire, 50 % des lits d'hospitalisation complète étaient en excédent.

⁸³ MOUQUET MC et OBERLIN P, Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, DREES Dossiers solidarité et santé n°4 - 2008

Schéma 3 : Projection des lits en places utiles France entière



Source : ANAP, 2011 données PMSI et SAE 2009.

- [331] De ces développements, on peut retenir que tout projet d'investissement hospitalier en reconstruction/ rénovation dans le secteur MCO, devrait être interrogé fortement sur sa dimension capacitaire d'une part - une cible de réduction étant fixée par principe - et sur l'équilibre entre les différents modes de prises en charges, l'hospitalisation complète ne devant être privilégiée que pour les cas lourds, nécessitant un fort environnement technique.

1.3 Conclusion

- [332] Il n'appartenait pas à la présente mission de produire un exercice de prospective « en chambre » mais l'étude des exercices antérieurs conduits dans d'autres cadres est riche d'enseignements et certaines des hypothèses retenues pour les conduire s'avèrent toujours valides, d'autres méconnues à l'époque ont émergé et porté certains scénarios de rupture (démographie médicale).
- [333] Il n'a pas été retrouvé de travaux récents ayant l'ampleur de celui produit en 1993 ; cette capacité à produire des scénarios éclairant les avènements possibles et souhaitables nécessite de s'appuyer sur des études approfondies mobilisant une expertise large. Les travaux du HCAAM et du conseil d'analyse stratégique y participent et ont été souvent repris dans cette note ; toutefois, malgré la qualité des réflexions et synthèses produites, ils s'appuient insuffisamment sauf exception sur cette expertise large qui faisait l'intérêt des travaux du commissariat général au Plan.
- [334] C'est tout l'intérêt de la proposition récente de voir évoluer ce conseil vers un commissariat général à la stratégie et à la prospective, dont la création vient d'être proposée dans un rapport récent⁸⁴. Ce dernier liste à titre d'exemple une dizaine de thèmes qui pourraient être traités ; l'un d'entre eux concerne sans que l'on s'en étonne, la réduction des inefficiences dans le système de soins.

⁸⁴ Y Moreau et al. Pour un Commissariat général à la stratégie et à la prospective janvier 2012 La documentation française. 85 p.

