

**Financement et pilotage de
l'investissement dans le secteur de la santé
Portrait du fonctionnement en France**

Document de travail

Novembre 2023



Tables des matières

1. CONTEXTE	4
2. COMMENT S'ORGANISE LA REGULATION DE L'OFFRE ?	5
2.1. <i>Une régulation sur un secteur mature, qui privilégie la mobilisation d'incitations financières plutôt qu'une approche normative</i>	5
2.2. <i>Priorité à l'échelon régional : une déconcentration fortement réaffirmée en 2021</i>	8
2.3. <i>Des référentiels existants et à actualiser</i>	10
2.4. <i>Financement de l'imagerie : effets du modèle économique sur l'organisation des soins</i>	11
2.5. <i>Systèmes d'information</i>	12
2.6. <i>Premier recours</i>	13
3. COMMENT S'ORGANISE LA CONCERTATION AVEC LES AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES ?	15
3.1. <i>Une planification sanitaire face à l'élargissement thématique progressif de la planification territoriale</i>	15
3.2. <i>Des espaces de concertation</i>	16
3.3. <i>Par contraste, une implication significative mais diffuse des collectivités dans l'investissement en santé</i>	17
4. COMMENT S'ORGANISE LE FINANCEMENT ET LE CONTROLE ADMINISTRATIF ?	18
4.1. <i>Un cadre budgétaire et comptable focalisé sur la soutenabilité de la trajectoire financière plus que sur l'opportunité des hypothèses d'activité</i>	18
4.2. <i>Evaluation socio-économique préalable : une démarche qui se structure, des parallèles à tirer avec l'évaluation des technologies de santé</i>	19
5. COMMENT S'ORGANISE LA CONSTRUCTION ?	21
5.1. <i>Un séquençement réaffirmé pour la prise de décision sur l'investissement hospitalier</i>	21
5.2. <i>Une fonction d'achat atomisée face à un secteur relativement concentré</i>	21
5.3. <i>Une fonction d'observation qui reste très parcellaire</i>	22
5.4. <i>Premier recours</i>	24

Ce document a été écrit avec le concours de Frédéric Gjusteen.

1. Contexte

Le système de santé français connaît une modification profonde du mode de pilotage de l'investissement en santé, et plus particulièrement de l'investissement immobilier. Ces évolutions sont retracées dans ce document.

Par ailleurs, les pouvoirs publics poursuivent une approche des systèmes d'information (SI) et du biomédical assez différente de celle en vigueur pour l'immobilier hospitalier. On s'intéressera donc en premier lieu aux investissements hospitaliers, « bloc » le plus important en montant, puis on se focalisera sur les autres types d'investissements (y compris le premier recours).

Enfin, comprendre le pilotage de l'investissement en santé suppose de s'interroger à la fois sur le cadre formel régulant cet investissement et sur sa mise en œuvre concrète. La rétrospective historique qui accompagne ce document¹ permet de mieux cerner les éléments ayant conduit au cadre actuel et on sera donc amené à y faire référence.

¹ Hcaam, *Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé - Situation française : mise en perspective historique*, Document de travail, 2023

2. Comment s'organise la régulation de l'offre ?

2.1. Une régulation sur un secteur mature, qui privilégie la mobilisation d'incitations financières plutôt qu'une approche normative

Sur le plan de la régulation, le fonctionnement actuel est marqué par l'arrivée à maturité du secteur hospitalier et par les évolutions successives apportées au régime d'autorisation et de financement, telles que décrites dans le document historique². Il y a peu de créations nettes de sites hospitaliers et les investissements découlent d'un continuum de raisons, pour lequel on peut distinguer les deux extrêmes suivantes :

- une logique de rénovation/modernisation d'un site devenu vétuste et/ou inadéquat, où un opérateur reconduit ses activités en privilégiant soit la reconstruction à neuf, soit la réhabilitation de l'existant ;
- une recomposition de l'offre dans laquelle l'investissement constitue par exemple la contrepartie nécessaire au rapprochement de plusieurs opérateurs sur un territoire, ou à une modification très substantielle des activités de soins sur un site

Ces deux situations constituent des cas extrêmes et il existe un éventail de situations intermédiaires, avec des niveaux variables de révision des besoins capacitaires, de recours à une mixité rénovation/construction neuve, de relocalisations etc. Dans l'esprit (cf. *supra*), l'action du régulateur se concentre plutôt sur les opérations relevant de la 2^e situation.

		Enjeu de recomposition territoriale de l'offre		
		Faible	Intermédiaire	Elevé
Enjeux de vétusté du site	Faible	<i>Diversité de</i>		Extrême 2
	Intermédiaire		<i>situations</i>	
	Fort	Extrême 1		<i>intermédiaires</i>

La régulation de l'offre de soins relève, sur le plan hospitalier, des Agences régionales de santé (ARS), opérateurs déconcentrés de l'Etat. C'est donc à une échelle quasi-exclusivement régionale que les mesures de régulation sont prises, en associant les fédérations d'établissements de santé dans des instances à titre consultatif. La réglementation en vigueur privilégie, comme évoqué dans la rétrospective historique, le recours à une régulation financière plutôt qu'à la mobilisation fine d'un contrôle administratif.

C'est dans ce cadre que le régime d'autorisation ne fait plus référence à des plafonds ni à des seuils en termes de capacités (lits, places, salles opératoires, ...). De même, les projets d'établissement ne sont plus soumis à un contrôle externe, pour vérifier leur concordance avec les schémas de planification ; enfin, pour les établissements publics et privés à but non lucratif, l'approbation administrative des plans pluriannuels d'investissement a été retirée.

En revanche le régime d'autorisation est maintenu à l'échelle des implantations : le Projet régional de santé (PRS) fixe le nombre minimal et maximal de sites possibles pour chaque activité de soins, selon un découpage géographique également défini dans le PRS. Cela constitue une « barrière à l'entrée » pour de nouveaux acteurs, a fortiori lorsque l'ensemble des autorisations possibles sont déjà réparties entre opérateurs d'un territoire, comme c'est très majoritairement le cas. Les établissements déterminent

² Hcaam, *Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé - Situation française : mise en perspective historique*, op cit

ensuite à leur niveau les capacités en lits et places qu'ils mettent en œuvre, dans le respect des conditions de fonctionnement qui sont inscrites dans le Code de la Santé Publique. Les autorisations ont d'ailleurs acquis une valeur patrimoniale et peuvent constituer un « investissement » entre opérateurs privés. Elles sont soumises à une confirmation de transfert par l'ARS, lorsqu'un établissement souhaite modifier son implantation géographique.

Certaines activités continuent à être régulées de manière plus fine tels que les lits de soins critiques, la permanence des soins et un ensemble de missions d'intérêt général : cette régulation ne transite alors pas par le régime d'autorisation en tant que tel, mais par des reconnaissances d'activités inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'établissement et l'ARS, qui précise les capacités et/ou cibles d'activité prévues par le régulateur.

D'autres formes de régulation se sont mises en place sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins. C'est ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cadre des démarches de certification des établissements de santé, passe en revue toutes les autres formes de contrôle de sécurité et de qualité auxquelles les établissements sont astreints : c'est le cas par exemple de la commission de sécurité incendie, des contrôles de qualité de l'eau et de l'air - contrôles qui ont une connotation immobilière importante - mais également de sujets tenant moins directement à l'investissement tels que l'accréditation des laboratoires de biologie par le Comité Français d'Accréditation (Cofrac), les avis rendus par l'Agence de biomédecine ou par l'Autorité de Sûreté Nucléaire pour les activités placées sous leur supervision, par exemple. La décision de certification de l'établissement prononcée par la HAS tient compte de ces avis extérieurs afin de garantir une vision complète de la sécurité des soins prodigués. La prise en compte de ces contrôles complémentaires à la visite de certification est en vigueur depuis plusieurs cycles de certification, même si la v2014 leur accorde une place moins centrale que les cycles antérieurs : en v2010, l'avis défavorable de la commission de sécurité incendie pouvait constituer un critère de non-certification. Les travaux législatifs récents visent à renforcer le lien entre les démarches de certification et la gestion des autorisations, afin de promouvoir un cadre où la possibilité d'exercer est assujettie au respect de critères de sécurité des soins.

Outre ces leviers de contrôle administratif, qui ont été allégés, le régulateur dispose de plusieurs leviers financiers pour orienter l'investissement en santé, de manière plus incitative que directe. Avant de détailler ces leviers, il convient de resituer l'action des établissements eux-mêmes dans l'investissement, car ils en constituent l'acteur le plus central.

En effet, l'effort d'investissement en santé relève à titre principal des établissements de santé : il repose sur leur capacité à équilibrer leurs budgets en y intégrant leurs besoins d'investissements. Dit autrement, les établissements sont financés sur la base d'enveloppes et de tarifs qui englobent le financement des équipements (hors exceptions abordées ultérieurement) et il est attendu de leur part d'en dégager une quote-part suffisante pour se constituer une épargne et/ou rembourser des emprunts. Il appartient donc à chaque opérateur d'assurer le pilotage de son investissement, avec un parallélisme de forme important entre opérateurs publics et privés. Il s'agit d'ailleurs d'une contrepartie à l'allègement du régime d'autorisation et à l'autonomie que cela confère aux établissements.

Parmi les opérateurs privés (lucratifs ou non lucratifs), l'émergence de stratégies de groupe a entraîné des modifications dans les pratiques de gestion : il est devenu courant de dissocier en sociétés distinctes le patrimoine immobilier et l'exploitation courante. La société d'exploitation verse alors des loyers à la société immobilière, cette dernière étant plus particulièrement administrée par la holding. La situation des groupes

d'établissements privés diffère donc sensiblement à ce jour de celle des établissements publics.

Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, cette approche de la « gestion d'actifs » reste embryonnaire, en dehors des plus gros établissements. Les débats législatifs autour des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont, pendant un temps, évoqué l'opportunité de mettre en commun les moyens d'investissement et capitaux disponibles mais cette initiative n'a pas été retenue. Néanmoins, le pilotage de l'investissement des établissements hospitaliers ne repose pas exclusivement sur ces établissements. Le système de santé maintient une capacité d'orientation des investissements au niveau du régulateur, au travers de moyens financiers pour subventionner des opérations.

Ces moyens sont répartis en plusieurs enveloppes :

- au niveau national, la mobilisation du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS, ex-FMESPP) et l'enveloppe des aides à la contractualisation (AC), ainsi que – depuis 2021 - l'enveloppe financée par la CADES dans le cadre du Ségur
- au niveau régional, l'enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR) et la mobilisation des marges de manœuvre régionales sur les enveloppes de fonctionnement (Dotation annuelle de financement Soins de suite et de réadaptation (DAF SSR), DAF Psychiatrie, ...) pour soutenir des opérations d'investissement, sous la forme de crédits non reconductibles ou d'une aide pérenne à l'emprunt.

Le FMIS constitue un fonds auquel l'assurance maladie contribue annuellement, selon des montants déterminés dans la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) (et qui peuvent être variables, oscillant entre 300 M€ et 1Md€ sur les dernières années). Le fonds est administré par la Caisse des Dépôts (CDC), qui assure les paiements aux établissements en fonction des projets contractualisés par les ARS. La délégation du fonds à la CDC permet une plus grande souplesse dans la gestion pluriannuelle des engagements pris par les Agences : celles-ci contractualisent des investissements avec les établissements, et ces derniers disposent ensuite de 4 ans pour obtenir le versement des financements convenus : le Fonds paye sur présentation des justificatifs de réalisation de la dépense.

Les modes d'allocation de ces fonds sont déterminés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dans le cadre de la campagne budgétaire, essentiellement sous deux formes : les montants de subvention sont, selon les cas, fléchés par l'échelon national individuellement auprès d'un établissement (cas des projets France Génomique, du fonds « Sécurité routière » ou des transports hélicoptés, ou encore de projets immobiliers majeurs) ou sous la forme d'une enveloppe régionale, au sein de laquelle l'ARS déterminera les bénéficiaires (ex : enveloppe pour la sécurisation des bâtiments, ou pour le développement des unités de chirurgie ambulatoire).

Le FMIS a connu une évolution significative de son positionnement parmi les dépenses de santé dans la LFSS 2022, au travers de son changement de rattachement au sein de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), dans un sous-objectif partagé avec le FIR. Il y est rejoint par les dépenses relatives au Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) qui vise les structures médico-sociales et relève de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). C'est ainsi que le 5^e sous-objectif, concentré initialement sur le Fonds d'intervention régional, se rapproche plus significativement d'un sous-objectif focalisé sur l'effort d'investissement en santé.

En complément au FMIS, l'échelon national dispose d'autres enveloppes qui peuvent être mobilisées de manière privilégiée pour l'investissement : c'est le cas notamment

des dotations dites en « aides à la contractualisation » (AC) qui constituent une enveloppe annuelle prélevée sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et placée auprès de la DGOS. En effet, la quote-part régionale des AC, initialement prédominante, a été transférée dans le Fonds d'intervention régional en 2013³ et seule subsiste donc une enveloppe nationale d'aides. L'essentiel des opérations individuelles d'investissement soutenues par l'échelon national jusqu'en 2020 ont en général reposé sur l'association d'aides en FMESPP (devenu FMIS) et de AC, avec un étalement des calendriers de versement. C'est ainsi que des opérations passées bénéficient d'aides étalées jusque sur 20 ans (contre 8 ans maximum sur le FMIS). Le Ségur représente une rupture sur ce point car il ne prévoit que des aides en capital.

2.2. Priorité à l'échelon régional : une déconcentration fortement réaffirmée en 2021

Au sein du FIR, environ 1 Md€ est mobilisé annuellement au bénéfice d'opérations d'investissement : la comptabilité du FIR distingue en effet plusieurs missions et objectifs sur lesquels les dépenses sont imputées, et il est donc possible de retracer la part accordée aux subventions en capital auprès d'établissements de santé. En revanche, il n'est pas possible de détailler plus finement l'objet de ces subventions ; pour partie, il s'agit de recapitaliser des structures qui se trouvent en insuffisance d'autofinancement. Ces recapitalisations peuvent concerner des structures publiques ou privées.

Afin de guider les ARS dans la priorisation des investissements, une circulaire ministère de 2013 prévoit la généralisation des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS), comportant 4 volets :

- un inventaire patrimonial
- une analyse des besoins d'investissement, effectuée en déclinaison du projet régional de santé
- une cartographie et une hiérarchisation des opérations prioritaires
- une évaluation de plusieurs scénarios en matière de soutenabilité financière, effectuée au regard de la capacité d'autofinancement des établissements.

Une première vague de réalisation des SRIS a été menée en 2013 dans un calendrier relativement resserré, puisque la circulaire publiée le 28 mai intégrait une demande de remontée des projets prioritaires à l'échelon national dès le 15 juillet puis une finalisation en décembre 2013. Le maintien des SRIS par les ARS au-delà de cette période n'a pas été documenté. En revanche, la circulaire du premier ministre du 10 mars 2021 renoue avec ce principe d'une programmation pluriannuelle des investissements au niveau régional, visant notamment au déploiement des moyens du Ségur de la Santé et du plan France Relance. Il y associe des obligations nouvelles en matière de concertation tant auprès des professionnels de santé qu'auprès des collectivités territoriales, et a abouti à une publication du plan intégrant le détail des opérations accompagnées par région en octobre 2021⁴. Par ailleurs, la circulaire introduit une notion de revue annuelle, par l'échelon national, des plans élaborés par les ARS ; les revues annuelles préexistent au Ségur mais ne visaient, jusqu'à présent, que le suivi d'exécution des projets pour lesquels un financement national avait préalablement été décidé.

La circulaire fixe un horizon décennal au plan d'investissement, segmenté en deux tranches. Ce point peut rappeler la périodicité du PRS qui lui-même est décennal et intègre également 2 séquences de Schéma régional de santé (SRS), quinquennal. Pour

³ Circulaire SG n° 2013-195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013

⁴ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-l-investissement>

autant, les calendriers ne sont pas superposés : les PRS courent sur la période 2018-2028 et la formalisation des plans d'investissement intervient donc à mi-parcours des SRS. L'année 2022 voit les Agences tout à la fois préparer leur SRS 2023-2028 et soumettre leur planification d'investissement 2026-2029 en revue ministérielle.

La circulaire s'accompagne de la mise à disposition de nouvelles ressources financières aux ARS pour orienter l'investissement à l'échelle régionale. En matière sanitaire, il faut noter :

- les moyens visant à soulager les établissements les plus endettés, avec l'appui des mesures de restauration des capacités financières et d'appui aux investissements structurants (article 50 de la LFSS pour 2021) mises en œuvre par le ministère par l'intermédiaire de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), afin de leur permettre de réengager un effort d'investissement tout en limitant leur endettement. Ces dotations totalisent 13 Mds d'euros
- le volet 1 de cette mesure concerne la restauration des capacités financières et se matérialise par des dotations versées sauf exception sur une période de 10 ans inscrites au bilan uniquement, à hauteur de montants contractualisés par les ARS avec les établissements concernés
- le volet 2 de la mesure concernant le soutien aux investissements structurants et se matérialise par des subventions d'investissement amortissables, à hauteur de montants contractualisés par les ARS avec les établissements concernés
- de nouvelles enveloppes de subvention issues du plan de relance et du Ségur de la Santé, qui représentent 6 Mds€ sur les champs des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et du numérique en santé outre les dotations évoquée supra.

Par ailleurs, le dialogue entre les échelons national et régional du ministère en matière d'investissement en santé est révisé. Un cycle semestriel est mis en place entre le comité de pilotage (Copil) investissement installé au niveau national et chaque ARS afin de suivre l'exécution des schémas d'investissement régional (et notamment des projets financés par des mesures Ségur). Ce Copil associe les administrations centrales, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) et le président du Conseil Scientifique.

Pour résumer, le pilotage de l'investissement en santé se trouve fortement déconcentré à l'heure actuelle :

- il relève avant tout de l'initiative individuelle de chaque établissement, qui rassemble l'essentiel des moyens financiers du système de santé qui seront affectés à de l'investissement (soit en capitaux propres, soit via le recours à l'endettement)
- le système dispose d'un échelon régional chargé de la régulation des activités hospitalières et placé sous l'autorité de l'Etat ; il met à disposition de cet échelon des leviers pour orienter les stratégies d'investissement, sans toutefois lui conférer un pouvoir de blocage dès lors qu'il n'y a pas de changement d'implantation ; ces leviers reposent avant tout sur la capacité à subventionner des opérations
- l'échelon national conserve, à sa main, une capacité de subventionnement d'opérations majeures, mais aussi d'orientations plus ciblées ; à cet égard, le contraste avec le soutien au numérique est développé ultérieurement.

Sur la période récente et jusqu'à sa dissolution en 2020, ces opérations ont fait l'objet d'un avis d'une instance spécifiquement créée à cette fin, le Comité interministériel pour la performance et la modernisation des établissements de santé (Copermo). Le fonctionnement de cette instance relevait plutôt du contrôle de la dépense publique que de la régulation de l'offre⁵ ; il est à ce titre développé dans un chapitre ultérieur. Depuis 2021, le Comité de pilotage de l'investissement sanitaire a repris ces prérogatives avec l'appui du Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS). Le seuil de sollicitation a été relevé de 50 M€ à 150 M€ afin de limiter le nombre de dossiers à traiter par l'échelon national et de conforter le principe de délégation aux Agences régionales.

2.3. Des référentiels existants et à actualiser

Afin de se doter d'une capacité à apprécier les projets immobiliers qui lui sont soumis, et plus largement pour guider les professionnels dans leur réflexion, l'échelon national a soutenu l'élaboration de référentiels, d'outils ou d'observatoires. Quelques-uns peuvent être soulignés :

- le référentiel de dimensionnement d'un établissement de santé de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), qui estime les surfaces nécessaires par activité clinique et logistique, et fournit des ratios rapportant les m² nécessaires à des volumes d'activité. Ce référentiel a été initié « à dire d'expert » par la Mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) en 2008 et a ensuite été actualisé par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) qui lui a succédé. L'Anap avait intégré ce référentiel dans un logiciel de dimensionnement, intitulé AELIPCE, mis à la disposition des établissements et de leurs cabinets d'études. Le CSIS en a diffusé une version actualisée en novembre 2022, tirant notamment le bilan des enseignements de l'épidémie COVID ; ensuite, une nouvelle version a été mise en ligne⁶ en mai 2023 intitulée Roses⁷ et a vocation à couvrir prochainement l'ensemble des surfaces et activités d'un établissement de santé. Les référentiels précédents donnaient des fourchettes de cible de performance des unités d'œuvre (activité par lit, place, box, salle de bloc, etc.), ce qui à ce stade n'a pas été repris mais demeure éminemment nécessaire dans l'analyse d'un projet d'investissement hospitalier.
- l'Observatoire OSCIMES, porté par la conférence des directeurs généraux de Centre hospitalier universitaire (CHU) et soutenu financièrement par le ministère en charge de la santé. Cet observatoire recense les opérations de construction avec une décomposition complète de leurs surfaces et de leurs coûts ; il fonctionne sur la base de déclarations volontaires de la part d'établissements et permet de bénéficier de parangonnages sur les coûts d'opération, les surfaces rapportées à l'activité, etc. L'articulation avec Roses est prévue par l'Anap. En

⁵ L'instruction de 2013 qui fonde le COPERMO mentionne les objectifs de maîtrise budgétaire et pas les objectifs territoriaux sont absents, les ARS étaient souveraines pour apprécier l'opportunité territoriale du projet et le national n'intervenant qu'en subsidiarité. Evidemment, cela ne faisait pas obstacle à l'exigence, posée par le COPERMO, que les projets déposés démontrent leur opportunité sur le plan territorial.

[Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers \(COPERMO\) \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2013/6/5/13271/20130605/JORF_L_2013_271_20130605_001_1_1)

⁶ Mise en ligne partielle avec 4 secteurs fonctionnels consolidés à ce jour : Service d'accueil des urgences, psychiatrie, imagerie et soins critiques

⁷ Référentiel Organisationnel et Surfactive des Etablissements Sanitaires, https://privatedata.anap.fr/#/views/R_O_S_E_S_/MENUREFERENTIEL?iid=1

outre, la déclaration des projets dans OSCIMES a été rendue obligatoire pour tous les projets bénéficiant du FMIS, depuis 2023.

- les publications de l'Anap en matière de valorisation du patrimoine, qui s'intéresse plus particulièrement au versant foncier de l'investissement. Il est relativement exceptionnel que les hôpitaux effectuent des acquisitions ou cessions foncières, alors que celles-ci font appel à des compétences très différentes de la gestion courante d'un établissement. L'Anap a accompagné plusieurs établissements dans leurs opérations foncières et en a extrait un guide de bonnes pratiques.

En dehors de ces référentiels, l'implication des sociétés savantes est relativement inégale. Certaines formulent des recommandations de bonnes pratiques ayant des répercussions immobilières ou en matière biomédicale voire numérique : c'est essentiellement le cas des spécialités à exercice en temps continu telles que la médecine d'urgence et l'anesthésie-réanimation. D'ailleurs, le régime d'autorisation retrace – là aussi de manière inégale – les exigences d'équipement qui ont pu faire consensus à l'échelle nationale : c'est ainsi que les travaux collégiaux menés sous la coordination du ministère en matière d'obstétrique, en réanimation, en SSR, en dialyse etc. ont permis de formuler des normes d'équipement et de dimensionnement immobilier relativement précises. A la différence des recommandations de pratique, ces normes ont un caractère opposable auprès des titulaires d'autorisations d'activités de soins et sont intégrées au Code de la santé publique par voie réglementaire. L'élaboration de ces normes participe du pilotage de l'investissement en santé car les incidences immobilières sont importantes.

2.4. Financement de l'imagerie : effets du modèle économique sur l'organisation des soins

Il faut noter le cas particulier des équipements lourds d'imagerie, dans lequel une conjonction des méthodes de régulation et de financement a été adoptée :

- le régime d'autorisation limite le nombre d'appareils pouvant être installés sur un territoire, en fonction du schéma régional de santé adopté par le Directeur général de l'ARS
- le financement des actes d'imagerie externe distingue 2 tarifs visant pour l'un l'acte intellectuel d'interprétation médicale et pour l'autre un forfait technique rémunérant les coûts d'investissement et de fonctionnement de l'appareil
- ce 2^e tarif est constitué sur une base doublement dégressive : la rémunération diminue au-delà d'un certain nombre d'actes annuels et en outre, elle diminue dès lors que l'appareil est en fonctionnement depuis plus de 7 ans. En effet, les tarifs adoptés considèrent qu'au-delà de cette durée, l'équipement est amorti
- en pratique, ce seuil des 7 ans suscite une dynamique importante de renouvellement des équipements d'imagerie de la part des titulaires d'autorisation, afin de conserver un tarif maximisé. Les patients en France sont ainsi peu susceptibles de subir un scan ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) sur un équipement ayant plus de 7 ans.

Il s'agit là du seul cas de financement pour lequel le régulateur s'est efforcé d'adopter une tarification plus finement associée au cycle de vie de l'équipement.

2.5. Systèmes d'information

Si l'on considère que les années 1960-1980 ont concentré la constitution du parc immobilier hospitalier, à l'inverse le développement du numérique se poursuit sans relâche sur les 40 dernières années et que le paysage de son investissement est particulièrement complexe.

Le pilotage de l'investissement numérique comporte ainsi, à la différence de l'investissement immobilier, une part pour laquelle l'échelon national a conservé une implication directe et une maîtrise d'ouvrage en propre. C'est le cas du dossier médical partagé (DMP), de l'ensemble de la gestion des données de santé (Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram), Système national des données de santé (SNDS), etc), des services assurant l'interopérabilité... mobilisant pour certains des opérateurs dédiés (Groupement d'intérêt économique (GIE) SESAM-Vitale, Groupement d'intérêt public - carte professionnel de santé (GIP CPS), Agence du numérique en santé (ANS), Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih), Fédération des spécialités médicales (FSM), etc) permettant le partage de prérogatives entre l'assurance maladie, l'Etat et des tiers tels que les assurances complémentaires.

Ainsi, même en se concentrant sur l'investissement en systèmes d'information à la main des professionnels de santé, il faut tenir compte de la mise à disposition gracieuse d'une proportion importante de services, découlant de ces initiatives nationales d'investissement.

Outre l'échelon national, chaque région est dotée d'un groupement régional, qui exerce la maîtrise d'ouvrage informatique sur des outils d'intérêt régional, par délégation de l'ARS ; ces entités intitulées « groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé » (GRADeS) assurent le déploiement de services à destination des opérateurs de santé de leur région et visent plus particulièrement les solutions transversales à plusieurs opérateurs (ville, hospitalier, médico-social) telles que les fonctionnalités de gestion de parcours, de e-santé, de télémédecine.

En outre, la notion d'investissement peut s'avérer plus complexe à appréhender dès lors que les frais d'abonnement ou de licence d'un opérateur de santé à un service informatique constituent, pour l'émetteur de ce service, un investissement. A titre illustratif, la première source de financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation est le FMIS.

Enfin, il faut souligner la porosité croissante entre le monde biomédical et celui de l'informatique, dans la mesure où les équipements utilisés par les professionnels sont de plus en plus connectés. La régulation des systèmes d'information de santé dépasse d'ailleurs largement le cadre de la présente étude et associe des problématiques d'homologation de services et de produits, de définition de normes de sécurité et d'interopérabilité, ainsi que de développement de l'infrastructure technique (fibre, ...).

Dans ce cadre, la suite du propos se concentre sur les éléments pour lesquels les échelons national et régional du système de santé n'exercent pas de maîtrise d'ouvrage mais plutôt un rôle incitatif et de facilitation.

A cet égard, la construction des plans nationaux de soutien à l'investissement numérique (Hôpital numérique, Hôpital numérique ouvert sur son environnement (Hop'En) ont façonné des référentiels et des exigences opposables qui s'appliquent à l'ensemble des opérateurs hospitaliers. Ceux-ci permettent de documenter la maturité de chaque établissement en matière de systèmes d'information, et contrastent de manière importante avec l'absence d'inventaire de l'état technique du patrimoine immobilier.

En effet, l'échelon national a opté pour une approche de subventionnement des établissements de santé à l'image des plans immobiliers, mais cette approche se distingue sur plusieurs points :

- il s'est doté d'un découpage des différents types d'opération et a déterminé des critères d'éligibilité et des priorités de financement
- plutôt que de calibrer les financements sur devis, le plan a constitué en des forfaits versés quel que soit l'éditeur ou l'établissement retenus, et a conditionné le versement effectif à un échéancier de réalisation relativement resserré
- enfin et surtout, l'éligibilité est conditionnée à l'atteinte de prérequis relevant d'autres domaines fonctionnels. On ne peut prétendre à financement X si le SI n'a pas déjà atteint le niveau de maturité attendu sur le domaine Y ; l'atteinte de cette maturité est contrôlée par le biais d'« éléments de preuve » à fournir par l'établissement et à vérifier par les interlocuteurs en ARS.

Ce fonctionnement a eu un effet catalyseur d'autant que les plans successifs ont progressivement resserré le niveau d'exigence.

Accessoirement, ce schéma de fonctionnement pour les subventions s'est accompagné d'un Observatoire des systèmes d'information en santé (Osis) dont l'actualisation régulière est exigée pour être candidat. L'échelon national s'est ainsi doté d'une capacité à observer la maturité des systèmes d'information au sein de chaque établissement, et à énoncer des priorités pour lesquelles le levier du financement vient en soutien.

Son succès entraîne son intégration progressive dans le champ de la certification : les prérequis Hop'En devraient non seulement conditionner l'éligibilité à des financements, mais aussi constituer des critères d'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins. On voit ainsi comment se constitue une forme d'accompagnement à l'adoption de pratique innovantes, respectant la « courbe en S » : incitation financière pour les établissements les plus innovants, puis intégration aux référentiels opposables de fonctionnement pour les établissements « retardataires ».

Un tel schéma n'est pas directement transposable dans le champ immobilier, dans la mesure où il se prête plus spécifiquement à un fonctionnement incrémental, alors que l'immobilier aboutit parfois à la nécessité de réaliser des refontes complètes au travers de reconstructions ou réhabilitations lourdes. Il comporte néanmoins quelques sources d'inspiration pour que le régulateur se dote des moyens d'apprécier l'état technique du parc immobilier hospitalier ; ce d'autant plus dans un contexte où les exigences de performance thermique et énergétique vont aller croissant.

2.6. Premier recours

Afin d'apprécier les modalités de pilotage de l'investissement en santé dans le premier recours, il est nécessaire de distinguer plusieurs activités car l'exercice médical n'obéit pas aux mêmes besoins d'équipement en fonction des professions et spécialités, notamment la chirurgie dentaire, la pharmacie ou la biologie :

- certains champs ont un caractère intensif en matière d'investissement, c'est tout particulièrement le cas de la radiologie, de la biologie médicale et des activités pharmaceutiques. L'approche de ces trois cas de figure est assez différente. Pour l'imagerie, l'implantation d'équipements tels que les scanners et IRM reste conditionnée à une autorisation régionale délivrée par les ARS et soumise à des objectifs quantifiés par territoire, dans les SRS. Dans le cas de la biologie, il n'existe pas de régulation des investissements en tant que tels, mais

l'organisation de la profession a subi une profonde évolution en 10 ans : une réforme législative de 2010 portant à la fois sur le contrôle et la gouvernance des laboratoires a connu une traduction en matière d'investissement, en favorisant la concentration des plateaux techniques de biologie et la constitution de grands groupes fédérant des laboratoires de biologie médicale jusqu'alors indépendants ; celle-ci répondait à l'un des objectifs de la réforme, qui visait à obtenir des gains d'échelle et ainsi à permettre des baisses tarifaires. Dans le champ des pharmacies d'officine, la robotisation est en plein déploiement et engendre des modifications importantes de pratiques ; en outre, si l'équipement des officines n'est pas régulé, leur implantation géographique implique le régulateur au niveau des ARS. Dans ces 2 derniers cas, la régulation à ce stade continue à privilégier les problématiques d'accessibilité et de maillage territorial sans que les aspects d'investissement fassent spécifiquement l'objet d'un pilotage national.

- l'installation des médecins comporte des dispositifs incitatifs à l'installation sous la forme d'avantages fiscaux, pour les territoires sous-dotés, auxquels s'ajoutent des aides versées par l'assurance maladie : le contrat d'aide à l'installation de médecins (CAIM) en zone fragile peut représenter jusqu'à 60 000 €, en fonction de la quotité d'exercice hebdomadaire et de la démographie médicale dans la zone. En outre, les généralistes bénéficient d'un appui financier pour l'organisation et l'informatisation de leur cabinet sous la forme d'un « forfait structure » depuis 2016 ; le niveau d'aide est indexé sur des objectifs d'exercice coordonné et d'usage numérique⁸. D'autres formes d'incitation sont mobilisées par les collectivités et détaillées dans le chapitre suivant.
- Concernant les autres professions libérales, il existe des modalités de régulation de l'installation (notamment via le zonage conventionnel) mais celles-ci ne comportent pas d'incidences particulières en matière d'investissement en santé, si ce n'est d'encourager l'exercice regroupé sur des sites pluri-professionnels.

En matière de financement des soins de ville néanmoins, la tarification ne distingue pas la part dévolue aux besoins d'investissement ; la tarification nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)/codage des actes médicaux (CCAM) s'établit tous coûts confondus. Le sujet prend néanmoins une dimension croissante avec le développement des structures d'exercice coordonné, avec des enjeux d'équilibre économique (et de management) qui deviennent plus complexes qu'en exercice individuel. Les interrogations actuelles sur l'équilibre économique des centres de santé comme des structures collectives libérales soulèvent, en filigrane, la question de la capacité à investir. Cette question rejaillit aussi sur les collectivités dès lors qu'elles s'engagent dans la création d'un centre de santé ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : de nombreuses structures bénéficient de loyers minorés (voire d'un patrimoine mis à disposition gracieusement). La comparaison internationale s'est efforcée de retracer comment d'autres pays organisaient l'indemnisation des besoins d'investissement dans le premier recours.

⁸ <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>

3. Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?

Les attentes réglementaires en matière d'articulation avec les autres politiques publiques sont globalement faibles et contrastent avec l'implication réelle des acteurs dans le champ de l'investissement en santé, qui peut être très significatif pour de nombreuses collectivités territoriales.

Les efforts de régulation sanitaire ont conduit à une concentration des plateaux techniques et coïncident ainsi avec les constats urbanistiques sur le phénomène de métropolisation et de fragilisation des villes moyennes.

3.1. Une planification sanitaire face à l'élargissement thématique progressif de la planification territoriale

Peu de passerelles se sont nouées entre la planification sanitaire et les autres formes de planification territoriale. Il ne s'agit pas d'un cas isolé : initiée sur la même période, la planification urbaine s'étend de manière progressive à un nombre croissant de politiques publiques mais par capillarité. D'autres champs tels que l'enseignement, les activités culturelles et sportives, l'industrie ne sont que partiellement pris en compte, alors que le zonage des sols s'associe désormais pleinement aux enjeux d'habitat, de mobilités et de transport, des milieux et de la biodiversité, du développement économique et commercial. D'ailleurs, la santé environnementale commence à être prise en compte dans ces schémas.

Ainsi, les plans locaux d'urbanisme sont progressivement élevés à un niveau intercommunal (dit PLUi), et plusieurs intercommunalités peuvent s'associer pour élaborer un schéma de cohérence territoriale (SCoT). Ces documents définissent des orientations stratégiques à l'horizon de plusieurs décennies et à l'échelle de territoires qui peuvent représenter jusqu'à l'équivalent d'un département. Ils se fondent sur des projections démographiques, environnementales et économiques pour déterminer les priorités d'aménagement d'un territoire. Ils peuvent conduire à des formes de gradation urbaine, en associant des niveaux d'équipement à différents pôles urbains en fonction de leur taille et leur localisation. Ils constituent des documents par lesquels se construit le consensus sur le devenir d'un territoire et sur les priorités d'investissement à poursuivre.

De manière croissante, cette planification territoriale trouve son pendant à l'échelle régionale : les évolutions réglementaires ont conduit à renforcer l'importance du Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (Sraddet) qui est adopté par les Conseils régionaux. Le Sraddet vise plus particulièrement les politiques de biodiversité, de traitement des déchets, d'infrastructures de transport, et traite également du désenclavement des territoires ruraux.

Face à ces évolutions structurantes dans la planification stratégique des territoires, les passerelles avec la planification sanitaire semblent peu développées. Plusieurs facteurs y concourent.

D'une part, les difficultés de recouvrement entre la segmentation du territoire adoptée dans les documents de planification et l'approche géographique de l'offre de soins. Les activités sanitaires de court séjour et de SSR ne sont pas sectorisées, au sens où le territoire de ressort d'un établissement n'est pas explicitement affecté. Il n'y a donc pas d'affectation d'une responsabilité territoriale à un établissement pour répondre aux besoins des usagers d'un territoire, ou savoir les orienter. Sur ce point, la psychiatrie a historiquement adopté une position différente, avec l'identification d'un établissement référent selon un découpage géographique du territoire ; et on peut noter les travaux

plus récents en faveur d'une responsabilité territoriale plus affirmée, qu'il s'agisse des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des hôpitaux de proximité ou des services des urgences.

Par ailleurs, l'émergence des GHT entraîne un changement sur ce point, puisqu'il fédère l'offre publique au sein d'une entité plus grande, en renforçant son autorité dans l'organisation graduée des soins. Il encourage la réalisation d'un projet de soins multi-implantations, facilitant une mise en cohérence de l'offre entre implantations, alors que les projets d'établissement se traduisent par une approche mono-sites. Le GHT prévoit une instance spécifique permettant d'associer les représentants des collectivités en fédérant les membres des conseils de surveillance des Etablissements publics de santé (EPS) parties.

La représentation des collectivités dans les conseils de surveillance constitue aujourd'hui la principale forme de concertation territoriale. L'implication des collectivités se traduit dans les attributions des conseils de surveillance, qui délibèrent sur le projet d'établissement mais n'interviennent qu'à titre consultatif dans la gestion des investissements majeurs.

3.2. Des espaces de concertation

La concertation entre le système de santé et les collectivités prend différentes formes :

- le système de santé prévoit ses propres instances de démocratie sanitaire, dont l'animation relève des ARS. Celles-ci semblaient peu sollicitées pour les questions d'implantation et d'investissement jusqu'à la mise en place des mesures d'investissement issues du Ségur de la Santé, qui ont incité certaines ARS à mobiliser les instances telles que la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) pour soutenir un débat sur la meilleure allocation et priorisation des opérations ;
- à l'inverse, les recompositions de l'offre de soins ont été prises en compte dans les réunions des Comités interministériels régionaux de transformation des services publics (Citrans), une instance réunissant les services de l'Etat sous l'égide des Préfets de région et visant à une meilleure visibilité sur la réorganisation de l'administration déconcentrée ;
- Dans le champ de la psychiatrie, on observe des habitudes de concertation plus forte entre les services sociaux des collectivités (Centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS), unités territoriales des services sociaux départementaux), renforcées par l'intérêt d'une coordination pour des usagers communs aux structures. Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en constituent la concrétisation la plus récente, sans pour autant que ces projets évoquent systématiquement les problématiques d'investissement. Sur le plan immobilier, on observe parfois des proximités géographiques d'exercice lorsque les implantations sont antérieures à la décentralisation et font ainsi se côtoyer des services départementaux et sanitaires, relevant autrefois de la même autorité. C'est ainsi que des Centres médicopsychologiques (CMP) peuvent être installés en mitoyenneté avec des services sociaux, ou de foyer d'accueil médicalisé/maison d'accueil spécialisée/maison d'enfants à caractère social (FAM/MAS/MECS) implantés à proximité des établissements psychiatriques.

3.3. Par contraste, une implication significative mais diffuse des collectivités dans l'investissement en santé

Malgré cette absence d'articulations opposables, l'implication des collectivités reste importante dans l'investissement en santé et procède donc de manière émergente, à défaut d'un support réglementaire adapté.

La taille des emprises nécessaires pour une relocalisation hospitalière entraîne nécessairement l'implication des collectivités municipales ou intercommunales dans les problématiques foncières : libération et acquisition de terrains, aménagements urbains associés (voirie, transports en commun,..) mais aussi rachat et requalification des emprises désaffectées. Pour illustrer, plusieurs projets d'« action cœur de ville » portent sur d'anciennes emprises hospitalières. Les mesures de soutien associent facilitation de projets et contribution financière : il est difficile d'en mesurer l'ampleur réelle car aucun instrument ne permet d'avoir une vue d'ensemble des coûts, chaque opérateur prenant à sa charge la part de travaux qui le concerne ; seule la reconnaissance en tant qu'opération d'aménagement permettrait d'assurer cette visibilité.

Au-delà, on constate régulièrement que les collectivités apportent leur concours financier pour la réalisation d'opérations d'investissement immobilier sous la forme de subventions dans le champ hospitalier, ou de construction et mise à disposition de locaux dans le champ du premier recours.

Parmi les opérateurs publics, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 a conforté le rôle du Directeur d'établissement en tant que principal décisionnaire en matière d'investissement et a simplifié les procédures applicables : il n'y a pas plus d'approbation du plan pluriannuel d'investissement par l'autorité de régulation (l'ARS), dont le contrôle a été recentré sur le contrôle de la soutenabilité financière. On peut se demander dans quelle mesure cette volonté de conforter l'autonomie décisionnelle des établissements a été perçue comme une surfocalisation sur les aspects financiers de la régulation.

Jusqu'alors, les opérations d'investissement dépassant un certain seuil réglementaire⁹ devaient faire l'objet d'une délibération en conseil d'administration (CA) sur la base d'un dossier-type national. En pratique, les conseils de surveillance continuent à être informés et concertés sur les opérations d'investissement, mais n'exercent plus ce pouvoir délibératif. Ce changement a des répercussions en cascade : la délibération en CA entraînait une forme de concertation avec les collectivités locales ainsi que le dépôt auprès du ministère de la santé, étant donné que toute délibération était soumise au contrôle de légalité exercé par les services déconcentrés de l'Etat.

En complément, les collectivités ont la possibilité d'intervenir auprès du premier recours et bénéficient même d'incitations fiscales à cette fin : l'article L1511-8 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) permet aux collectivités de bénéficier d'un crédit de Taxe sur la valeur ajoutée (TVA) lorsqu'elles investissent dans une maison de santé, à condition de le faire sur des zones en tension médicale. Il découle d'une loi de 2005 sur le développement des territoires ruraux.

La loi 3DS (différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification) a reconnu aux collectivités communales, départementales et régionales la possibilité de concourir aux investissements hospitaliers : l'article 126 de cette loi introduit des dispositions à cet effet dans le Code de la santé publique, sans modifier les attributions des collectivités telles qu'inscrites dans le Code général des collectivités territoriales.

⁹ Ce seuil allait de 1 M€ pour les hôpitaux locaux à 5 M€ pour les CHU.

4. Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?

Les investissements portent sur des dépenses durables et engagent sur le long terme, qu'il s'agisse d'être propriétaire ou d'être engagé contractuellement sur un bail de longue durée. Les mesures de maîtrise des risques ont pour objectif de garantir que les engagements auprès de tiers sont pris après une décision associant l'ensemble des personnes qui, en cas de défaillance, auront à les assumer.

Cette partie se consacrera en premier lieu aux mesures applicables à l'offre publique, en sachant que les différentes tailles d'établissements de santé relèvent du même régime juridique, qu'il s'agisse d'un hôpital de proximité ou d'un CHU. Seuls les hôpitaux interarmées disposent d'un statut spécifique ; et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), compte tenu de sa taille, bénéficie de certaines dispositions particulières. Sont abordés :

- le contrôle administratif des budgets et des dépenses
- les procédures d'évaluation préalable.

4.1. Un cadre budgétaire et comptable focalisé sur la soutenabilité de la trajectoire financière plus que sur l'opportunité des hypothèses d'activité

Comme évoqué dans la partie historique, le législateur a entendu accorder plus d'autonomie aux établissements publics de santé pour déterminer l'allocation de leurs ressources en fonction de leurs projets.

Le cadre de contrôle de la dépense peut être résumé de la manière suivante :

- les établissements ont l'obligation de présenter des états financiers prévisionnels sur une base annuelle, et de les soumettre au contrôle des Agences régionales de santé
- ces états financiers comportent trois dimensions temporelles en matière d'investissement
 - o le programme pluriannuel d'investissement (PPI), qui présente l'ensemble des investissements prévus sur la période à venir et en détermine le montant prévisionnel ; ce PPI n'est pas soumis au contrôle
 - o le plan global de financement pluriannuel (PGFP), qui décline sur 5 ans les conséquences financières du PPI et de ses modalités de financement, au travers en particulier des conséquences des cycles d'exploitation et d'emprunt et permet d'en vérifier la soutenabilité financière au regard des sources et besoins de financement prévus ; soumis au contrôle des ARS, il constitue le document essentiel de projection de la stratégie d'un établissement à moyen terme. En effet, il fédère les prévisions d'évolution de l'activité, des moyens mobilisés pour y faire face, des investissements qu'ils vont entraîner dans une phase d'acquisition / de réalisation sur les prochaines années, des subventions, autofinancements et emprunts qui y contribuent. L'objet du contrôle est économique : il s'agit de vérifier la soutenabilité financière des hypothèses prises et non de s'interroger sur l'opportunité des opérations.
 - o L'Etat prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD), qui rassemble ces mêmes précisions à l'échelle d'une année. L'EPRD vise en premier lieu le cycle d'exploitation et se situe donc au second plan pour ce qui concerne l'investissement, par rapport au PGFP.

A la différence des opérateurs et services de l'Etat, les établissements publics de santé ne sont pas soumis à l'obligation de produire un schéma pluriannuel de stratégie immobilière. Et le contrôle de légalité des actes, qui vise notamment les marchés publics ainsi que les transactions de propriété, a été retiré en 2009.

L'analyse du régime de maîtrise de la dépense publique offre peut-être un éclairage sur les difficultés perçues en matière d'investissement hospitalier. Il montre que l'arsenal juridico-financier ne prévoit pas d'articuler le contrôle budgétaire avec l'analyse d'opportunité (ou son pendant, de vétusté) d'un investissement et qu'en outre, il conditionne fortement la faisabilité d'un investissement à la maîtrise du cycle d'exploitation.

4.2. Evaluation socio-économique préalable : une démarche qui se structure, des parallèles à tirer avec l'évaluation des technologies de santé

Les établissements publics de santé sont soumis en outre à une procédure d'évaluation socio-économique pour leurs investissements majeurs. Cette procédure découle de la mise en place de la programmation pluriannuelle visant en premier lieu les financements de l'Etat et l'amélioration du pilotage interministériel des investissements majeurs : c'est la loi de programmation des finances publiques de 2012 qui introduit l'obligation d'évaluation pour les investissements représentant plus de 20 millions d'euros. Le secrétariat général pour l'investissement, placé auprès du Premier ministre, exerce un rôle d'inventaire, d'appui méthodologique et de contre-expertise des évaluations menées.

Les EPS y sont spécifiquement visés aux côtés des services et opérateurs de l'Etat, alors que les collectivités en sont exemptées. L'analyse des inventaires menés par le SGPI permet de dénoter le caractère atypique qu'entraîne cette inclusion : la santé rassemble une proportion très significative des projets recensés, tout en correspondant essentiellement à des montants inférieurs aux autres projets déclarés, essentiellement dans une fourchette comprise entre 20 et 100 M€. C'est que les équipements publics relevant de cette fourchette relèvent désormais pour l'essentiel des collectivités locales. Les autres principaux équipements dans cette fourchette relèvent des universités, de l'administration pénitentiaire et des cités administratives.

En corollaire, le ministère en charge de la santé se trouve un des principaux pourvoyeurs d'évaluations à l'attention du SGPI et, lorsque le montant dépasse les 100 M€, bénéficiaire de contre-expertises. Sur proposition du ministère, le SGPI avait reconnu le Copermo comme instance chargée des évaluations socio-économiques dans le champ de la santé et cite d'ailleurs cette instance en exemple auprès des autres administrations chargées de mettre en place un dispositif d'évaluation¹⁰.

L'obligation d'évaluation des projets a entraîné l'élaboration de méthodes communes à l'échelle nationale : trame de rapport, outils de dimensionnement capacitaire (hébergement, blocs opératoires, imagerie). Elles transposent partiellement les principes énoncés à l'échelle interministérielle, dont il est important de noter les parallèles avec les principes d'évaluation des technologies de santé : si les règles adoptées par le SGPI pour l'évaluation socio-économique des investissements publics divergent de celles retenues par la HAS pour l'évaluation des dispositifs médicaux, on peut néanmoins remarquer qu'elles empruntent toutes deux aux mêmes référentiels de calcul économique.

¹⁰ Cf. Annexe budgétaire au Projet de loi de Finance (PLF) 2021 (« jaune »).

Ces outils servent non seulement pour les projets remontés auprès de l'instance nationale, mais également pour les projets instruits à l'échelle régionale, par les Agences régionales de santé.

Cette procédure n'a pas d'équivalent pour les investissements privés. Par ailleurs, en-deçà du seuil de 20 M€, les établissements déterminent en interne les procédures d'évaluation à appliquer ; elles supposent le plus fréquemment une forme de recensement des besoins (travaux, équipements biomédicaux, équipements logistiques, systèmes d'information) puis un arbitrage au niveau du Directoire, mené de manière à s'intégrer à la procédure budgétaire annuelle de production de l'EPRD et du PGFP.

La circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 entraîne une inflexion importante dans le dialogue entre l'échelon régional et les établissements de santé au sujet de leurs projets immobiliers, avec l'instauration de plusieurs étapes :

- d'abord, l'obligation de produire un schéma directeur immobilier (SDI) pour chaque établissement (le positionnement et rôle des GHT n'est pas évoqué dans la circulaire), celui-ci devant faire l'objet d'un avis formel de l'Agence
- ensuite, l'obligation de soumettre un pré-programme à l'Agence au regard des priorités qui ressortent du SDI
- enfin, l'obligation de validation du programme technique détaillé et du rapport d'évaluation socio-économique préalable par l'Agence.

L'échelon national s'est efforcé de préciser l'étendue de cette notion de validation régionale au travers de l'instruction du 30 Mars 2022. Il s'agit notamment de déterminer si les Agences ont vocation à statuer uniquement en régularité ou en opportunité des projets ; la circulaire ne détaille pas les procédures de conciliation applicables en cas de désaccord entre l'Agence et l'établissement sur ses perspectives stratégiques. En effet, la validation pourrait réintroduire une notion de contrôle régional sur le projet stratégique de l'établissement.

Les Agences n'assurent jamais la maîtrise d'ouvrage de projets d'investissement hospitalier mais procèdent par subventionnement ; à ce titre, elles disposent de compétences immobilières restreintes pour assurer l'ensemble de ces missions. Il s'agit généralement d'une cellule composée de quelques professionnels ayant des qualifications en ingénierie, en travaux publics ou en architecture. Les nouvelles orientations nationales tiennent compte de la nécessité de renforcer ces compétences pour permettre aux Agences d'assurer la réponse aux établissements avec le niveau de précision et de délai attendu.

Sous la coordination du Conseil Scientifique de l'Investissement en Santé (CSIS), un vivier d'experts a été constitué au niveau national pour assurer un accompagnement des porteurs de projet lorsque nécessaire ; le CSIS est également mandaté en faveur de la capitalisation des pratiques. Le caractère récent de la constitution de cette instance fait que ses méthodes sont encore en construction : les modalités d'accompagnement des projets se sont fortement structurées sur 2021/2022, de même que les référentiels utilisés.

Dans ce contexte, l'identification des réserves financières qu'un établissement de santé peut mobiliser suppose une analyse financière, permettant d'isoler le besoin en fonds de roulement (BFR) et le Fonds de Roulement (FDR), pour en déduire les montants qu'un établissement peut mobiliser sans porter atteinte à sa solvabilité. Des travaux méthodologiques ont été engagés entre le ministère et les ARS pour affiner les règles de calcul de ces paramètres et en déduire des éléments de doctrine nationale ; une fiche d'instruction a été publiée par le Conseil scientifique en janvier 2022¹¹.

¹¹ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/investissement-en-sante-une-nouvelle-politique-au-service-de-la-qualite-des-11226/csis>

5. Comment s'organise la construction ?

5.1. Un séquençage réaffirmé pour la prise de décision sur l'investissement hospitalier

Les travaux du Conseil scientifique ont conduit à préciser le contenu des 3 étapes d'instruction des projets d'investissement majeur, harmonisées entre régions :

- étape 1 : grandes orientations du projet de territoire et de l'opération, faisabilité financière
- étape 2 : organisation territoriale des activités, qualitative et quantitative, en déclinaison du projet d'organisation territoriale et du projet médico-soignant de l'établissement ; soutenabilité financière du projet
- étape 3 : avis conclusif et validation finale du projet

Les documents publiés par le CSIS permettent de comprendre comment ces étapes s'articulent avec les autres procédures valables en matière de financement et de commande publique. La validation des modalités de financement et hypothèses associées constitue un des objets de l'étape 2, sur la base d'un pré-programme à établir par l'établissement. L'engagement de la commande publique n'intervient qu'à l'issue de l'étape 3, pour laquelle le programme technique détaillé est soumis à validation (et en conformité avec les étapes précédentes).

Le Conseil scientifique est également mandaté pour fournir un appui et une expertise aux établissements de santé porteurs de projets majeurs. S'appuyant à la fois sur les membres de l'instance et sur des experts référencés par ailleurs, et sur la concertation pluridisciplinaire que cela permet, il intervient auprès des établissements pour fournir un regard extérieur et accompagner les équipes projet dans le franchissement des différentes étapes. Il constitue ainsi un intermédiaire auprès du Comité de Pilotage de l'Investissement en Santé précédemment évoqué, sur demande des ARS, et interagit régulièrement avec les bureaux réglementaires concernés au niveau du Ministère.

Pour les projets relevant d'une instruction nationale – supérieurs à 150 M€, il est précisé que l'étape 1 doit faire l'objet d'un consensus préalable entre ARS et établissement porteur, avec des documents co-écrits et une équipe projet commune. Dans ce cas, la procédure prévoit une expertise du dossier par le CSIS puis un avis formel en Comité de Pilotage de l'investissement sanitaire¹² ; elle peut aboutir à une lettre de cadrage qui a vocation à être signée par les différentes parties prenantes à l'investissement (ARS, établissement(s), collectivités le cas échéant). De même, ces projets nationaux relèvent de la contre-expertise du SGPI et il est prévu que celle-ci intervienne dans le cadre de l'étape 3.

5.2. Une fonction d'achat atomisée face à un secteur relativement concentré

Les procédures d'achat influencent les modes de pilotage de l'investissement en santé car elles structurent des étapes décisionnelles fortes par l'intermédiaire des contractualisations ; par ailleurs, les garanties d'égal accès des entreprises à la commande publique engendrent des étapes de consultation.

¹² Composition : Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction de la Sécurité Sociale, Direction du Budget, Inspection Générale des Affaires Sociales, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Secrétariat Général Pour l'Investissement

En France, le cadre actuel est marqué par la responsabilisation individuelle des établissements publics de santé et par les évolutions législatives successives :

- au regard de leur fréquence dans les avis de marchés, on peut considérer que les établissements publics de santé privilégient une contractualisation unique auprès d'un opérateur, ou d'un groupement, assurant toutes les étapes allant de la conception du bâtiment jusqu'à la livraison, voire la maintenance des premières années de mise en service. Les retours d'expérience sur le recours à ces procédures de « conception-réalisation » évoquent l'intérêt d'un interlocuteur unique responsabilisé, d'un calendrier et de coûts contractualisés ; et signalent à l'inverse la nécessité d'avoir préalablement finalisé l'analyse des besoins et les choix capacitaires de manière très aboutie, afin d'éviter toute inflexion pendant les étapes ultérieures, source d'avenants coûteux ;
- cette procédure constitue néanmoins une pratique considérée comme dérogatoire dans le code de la commande publique, qui défend le principe d'une séparation entre le choix d'un maître d'œuvre et le choix des entreprises chargées de la construction au travers de deux appels d'offres distincts ;
- enfin, le recours aux partenariats publics-privés est désormais strictement encadré et soumis à une autorisation ministérielle. Dans cette procédure, l'hôpital englobe dans sa commande l'externalisation du financement des travaux et se positionne en locataire de long terme du bâtiment construit.

Il n'existe donc pas d'opérateur de mutualisation des achats immobiliers. Les opérateurs existants tels qu'Union des Hôpitaux pour les Achats (UniHA) et le Réseau des Acheteurs Hospitaliers (ResAH) n'ont pas, à ce stade, développé de cadres contractuels nationaux relatifs à la construction et aux prestations associées.

On peut néanmoins noter que les plus grands établissements (essentiellement l'AP-HP, les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM)) engagent une stratégie immobilière différente et disposent d'une plus forte pluriannualité dans leur programmation de travaux.

5.3. Une fonction d'observation qui reste très parcellaire

La principale source d'information disponible au niveau national pour dresser un inventaire du patrimoine hospitalier reste la Statistique annuelle des établissements, la SAE. Dans cette enquête organisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), chaque établissement déclare ses capacités en matière de lits et places par discipline et de moyens techniques (salles opératoires, équipements d'imagerie essentiellement).

Deux autres inventaires ont été impulsés au niveau national mais connaissent un niveau de remplissage inégal : OSCIMES et Ophelie.

Ophelie est une base de données qui a vocation à recenser le patrimoine existant des établissements de santé ainsi que leurs consommations énergétiques, et quelques indicateurs clés sur leur état de conformité. Elaboré par le ministère en concertation avec les fédérations hospitalières, il est alimenté sur la base du volontariat, et avait été rendu obligatoire pour les projets soumis au Copermo. Les établissements sont invités à déclarer leurs différents sites et bâtiments en précisant, pour chacun, la ventilation des surfaces en fonction de leur destination. Ophelie a vocation à fournir un parangonnage aux établissements sur leurs coûts énergétiques ; il a été développé de manière concomitante au déploiement de la certification des comptes et peut servir d'appui à l'inventaire physique des immobilisations, pendant de l'inventaire comptable.

Comme évoqué plus haut, OSCIMES est un observatoire des opérations majeures de construction et de réhabilitation, commun aux secteurs public et privé et placé sous la responsabilité conjointe de l'Anap et de la conférence des Directeurs Généraux de CHU. Il est alimenté par les établissements (ou leurs prestataires) sur la base du volontariat et permet de retracer les coûts d'opérations associés aux surfaces construites, ainsi que les ratios rapportant ces surfaces à l'activité cible qu'elles doivent accueillir. Il permet également d'étudier les délais d'opération et de rapporter ceux-ci, ainsi que les coûts, aux différents types de procédure d'achat. OSCIMES constitue un pendant au référentiel de dimensionnement développé par la MAINH ; il intègre un outil de simulation de coûts. L'alimentation d'OSCIMES a été rendue obligatoire récemment par la CNSA, pour toutes les opérations éligibles à son Plan d'Aides à l'Investissement (PAI), en parallèle à l'initiative similaire prise pour les opérations relevant du FMIS.

Les principes de dimensionnement des projets immobiliers reposent actuellement sur des référentiels établis, pour la plupart, entre 2006 et 2008, en parallèle aux plans d'investissement « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Ils ont été élaborés par des groupes de travail constitués de manière ponctuelle par les missions ministérielles de l'époque, associant des soignants et des administrateurs hospitaliers. Comme évoqué précédemment, une première actualisation a été publiée par le CSIS en novembre 2022 et l'Anap a été mandatée pour en réaliser une refonte plus approfondie, avec de premières diffusions en 2023 ainsi qu'un outil de simulation.

En outre, le référentiel Responsabilité sociétale et développement durable de votre projet d'investissement a été publié en 2022, enrichissant un corpus documentaire grandissant produit par le CSIS (trames pour le projet médico-soignant, préconisations en matière médico-économique et d'indicateurs d'activité, simulateurs d'impact du vieillissement de la population). D'autres référentiels sont annoncés sur les thématiques suivantes¹³ :

- aide à la démarche d'aménagement d'un territoire en santé dans le cadre d'un projet d'investissement
- sensibilisation de la gouvernance des établissements de santé promoteurs
- durées de séjour et flux hospitaliers.

Dans l'ensemble, le niveau d'information sur l'inventaire physique reste pauvre, comparativement aux autres politiques publiques pilotées par l'Etat. En effet, dans le sillage de la mise en place de la Loi Organique aux Lois de Finances (LOLF) de 2001, les services de l'Etat ainsi que ses opérateurs ont été astreints à réaliser un diagnostic comptable et physique de leur patrimoine et à élaborer des stratégies pluriannuelles d'optimisation¹⁴ ; cet exercice a connu plusieurs itérations sur les deux dernières décennies et l'Etat dispose ainsi d'un relevé technique relativement précis de son patrimoine (surfaces, niveau d'occupation, performance énergétique, ...), incluant celui des opérateurs tels que les universités, les instituts de recherche, les agences sanitaires ou vétérinaires, les organismes de protection sociale ou encore les services de défense. Les collectivités n'y sont pas astreintes mais tiennent des inventaires équivalents pour le patrimoine de leur ressort, et notamment pour les collèges et lycées qui maillent le territoire.

¹³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/investissement-en-sante-une-nouvelle-politique-au-service-de-la-qualite-des-11226/csis>

¹⁴ Les schémas pluriannuels de stratégie immobilière (SPSI) sont élaborés par l'ensemble des Ministères et opérateurs de l'Etat depuis 2009 ; les établissements publics de santé n'ont néanmoins pas la qualification d'opérateurs et ne sont donc pas concernés par cette obligation.

5.4. Premier recours

Dans le champ du premier recours, l'accent fort mis par les collectivités sur la construction ou la rénovation de structures d'exercice coordonné trouve sa contrepartie sur le plan immobilier, avec l'émergence de promoteurs spécialisés dans l'immobilier de premier recours. Certaines collectivités lient leurs appuis financiers à leur stratégie de revitalisation des centres-villes, et s'appuient ainsi sur les flux de chalandise que suscite l'offre médicale pour attirer des usagers dans des zones de petits commerces.