



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

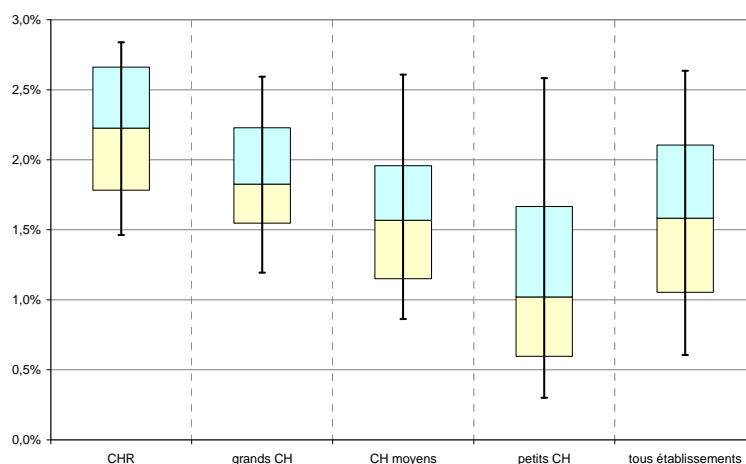
ANNEXE 1 : ESTIMATION DU BESOIN D'INVESTISSEMENT .....	5
ANNEXE 2 : LE PGFP .....	11
ANNEXE 3 : INDICATEURS DU RETOUR SUR INVESTISSEMENT .....	15
ANNEXE 4 : EVOLUTION DANS LE TEMPS DES OUTILS DE REGULATION ET DE FINANCEMENT : L'ABANDON DES LIMITATIONS CAPACITAIRES .....	21
ANNEXE 5 : LE DEVELOPPEMENT 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 RADIOETHERAPIE, 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'exploitation<sup>1</sup>.
- **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.*

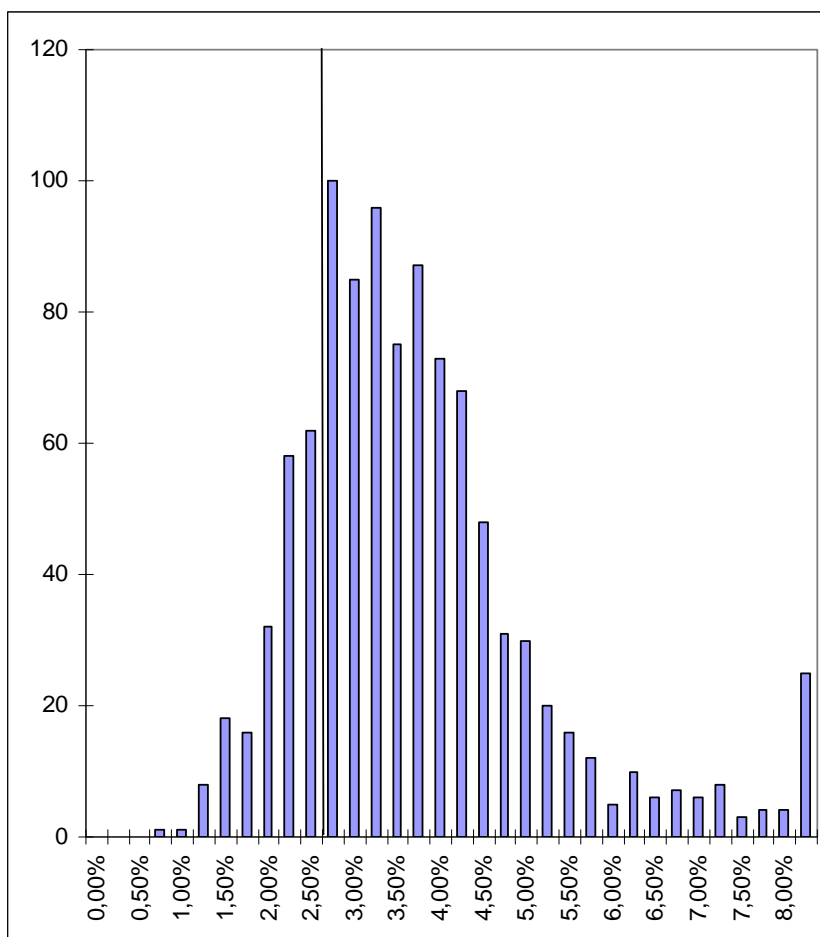
<sup>1</sup> NB : on pourrait être tenté par une approche basée sur la consolidation des PGFP. L'ATIH a réalisé en 2012 un travail basé sur la consolidation au niveau national des PGFP validés par les ARS. Cette méthode est effectivement susceptible en théorie de donner une visibilité sur les investissements 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)

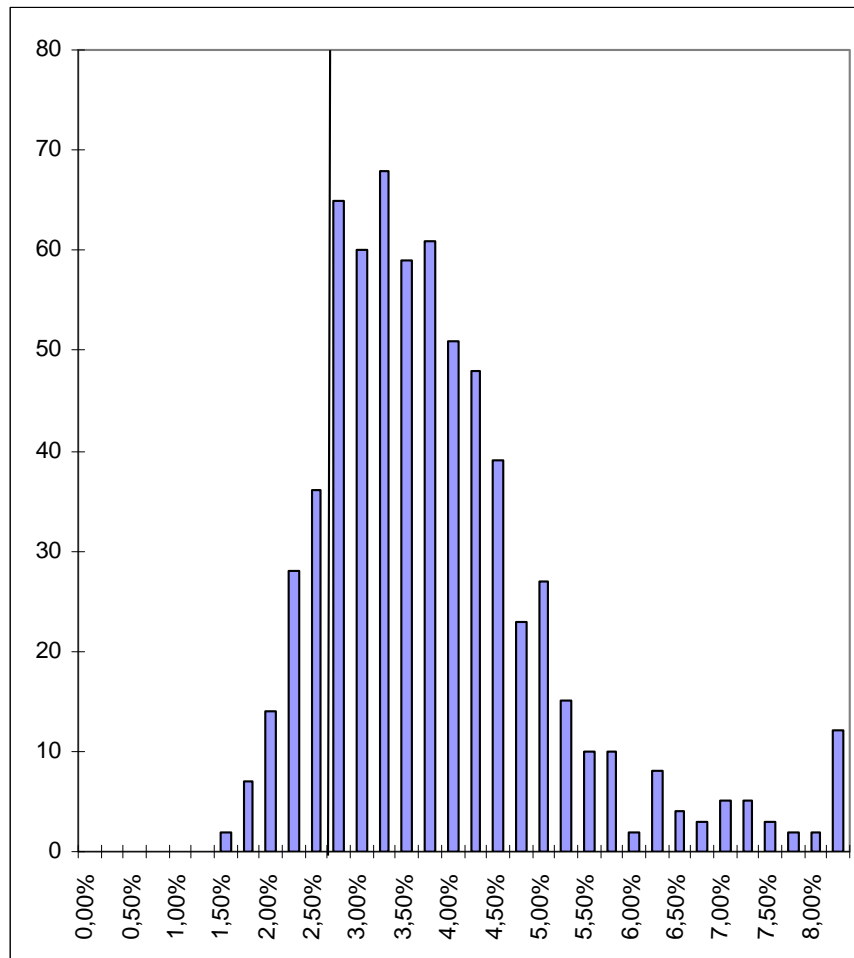


Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, HL, CHS, DOM.

[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.

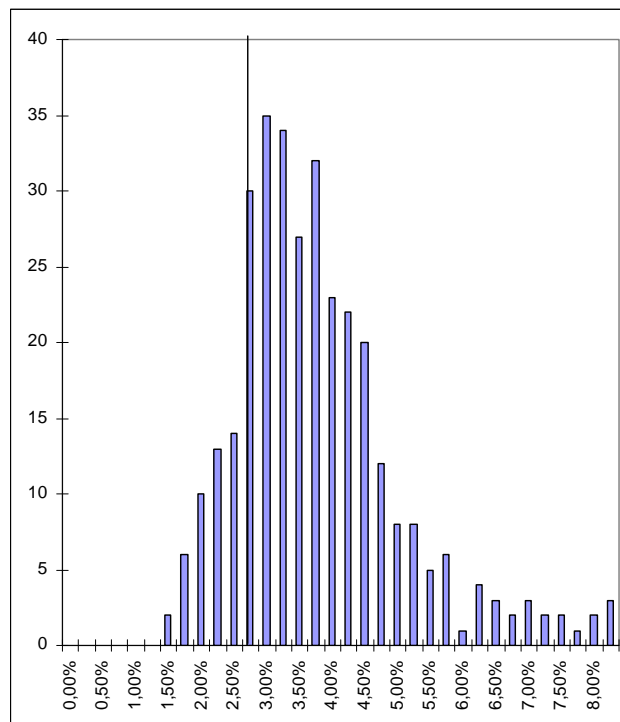
Graphique 3 : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd hors petits CH (calculés sur 2002-2006 et 2007-2011)



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.

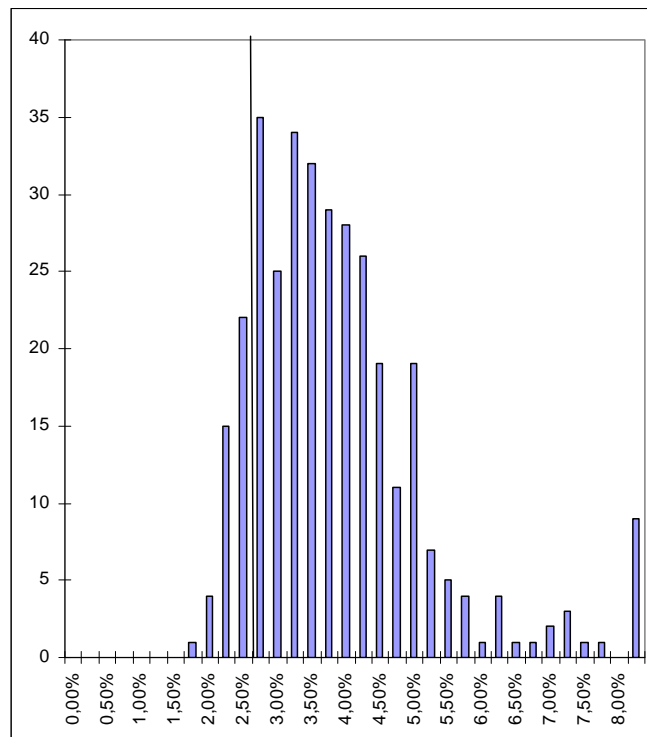
Graphique 4 : Graphique : Répartition des taux d'investissement hors immobilier lourd hors petits CH (calculés sur 2002-2006)



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)

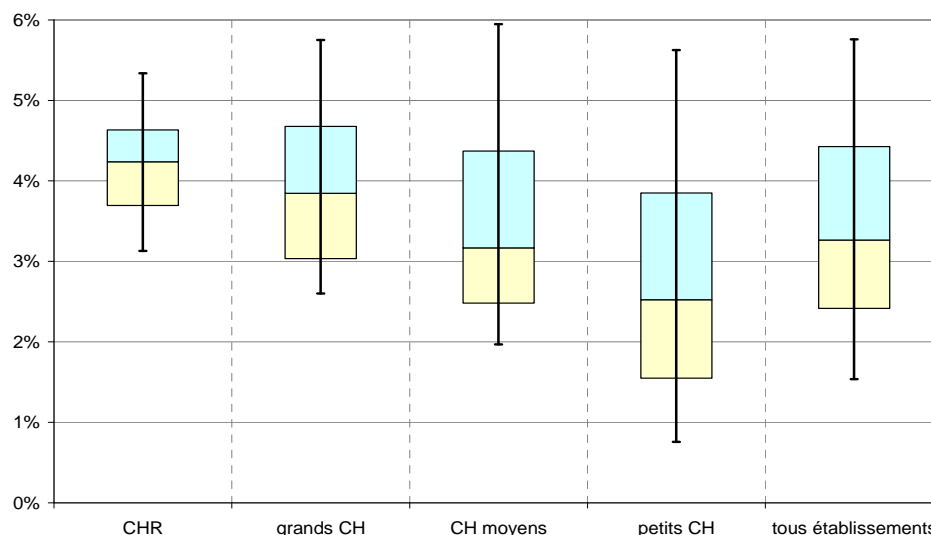




Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2007-2011, tous établissements de santé publics hors AP-HP, petits CH, HL, CHS, DOM.

- [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.

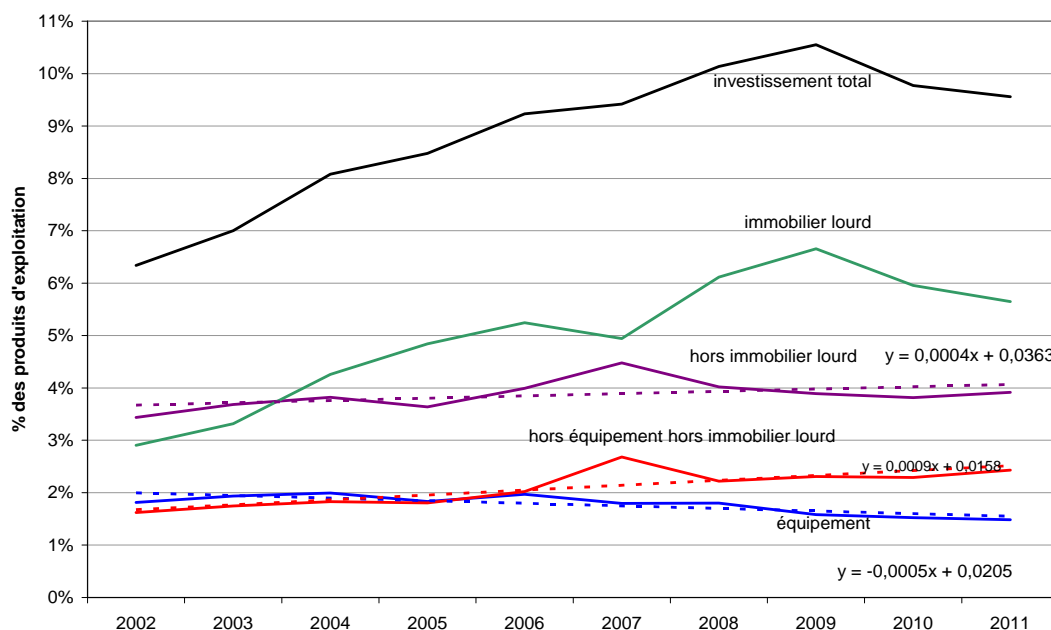
Source : Calcul IGAS, d'après données DGFIP 2002-2011, tous établissements de santé publics, hors AP-HP, HL, CHS, DOM.

- [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

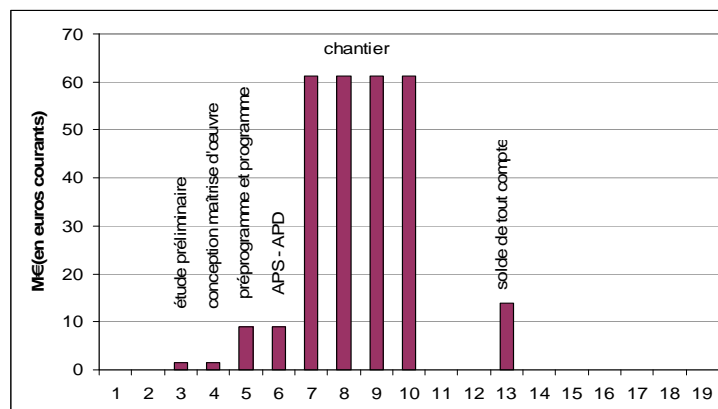
- [16] Le modèle de PGFP est fixé par l'arrêté du 5 avril 2012 portant modification de l'arrêté du 4 mai 2010 fixant le plan global de financement pluriannuel des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 CSS.

### 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*<sup>2</sup> : « *Les hospitaliers sont rodés depuis 1980<sup>3</sup> 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.

---

<sup>2</sup> *La Gestion financière pluriannuelle des investissements hospitaliers publics*, G. de DARAN, C.-A. DOUSSOT-LAYNAUD, Ph. PEYRET, presses de l'EHESP, 2008

<sup>3</sup> 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 réglementaire<sup>4</sup>. 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.

---

<sup>4</sup> 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'ARS<sup>5</sup> ;
- 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 emprunts<sup>6</sup>) ;
- les recettes prévisionnelles et les économies d'exploitation doivent être sincères et réalistes.

---

<sup>5</sup> *Cf.* notamment *ci-infra* sur la notation de niveau de BFR de sécurité utilisé par l'ARS Rhône-Alpes.

<sup>6</sup> 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  $\theta$ .

#### 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  $\theta$  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  $\theta$  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  $\theta$  pour lesquelles le projet est rentable, *i.e.* la VAN est positive, est grande<sup>7</sup>. 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  $\theta$ .

### 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.

<sup>7</sup> Sous l'hypothèse que la  $VAN_{\theta}$  est une fonction monotone décroissante de  $\theta$ .



[50] Jacques Grollier<sup>8</sup> 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 futurs<sup>9</sup>, 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.

<sup>8</sup> Cf. Finances hospitalières n°36 - mai 2010

<sup>9</sup> 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] 
$$CF_t = CF_t^{\text{projet}} - CF_t^{\text{business as usual}}$$

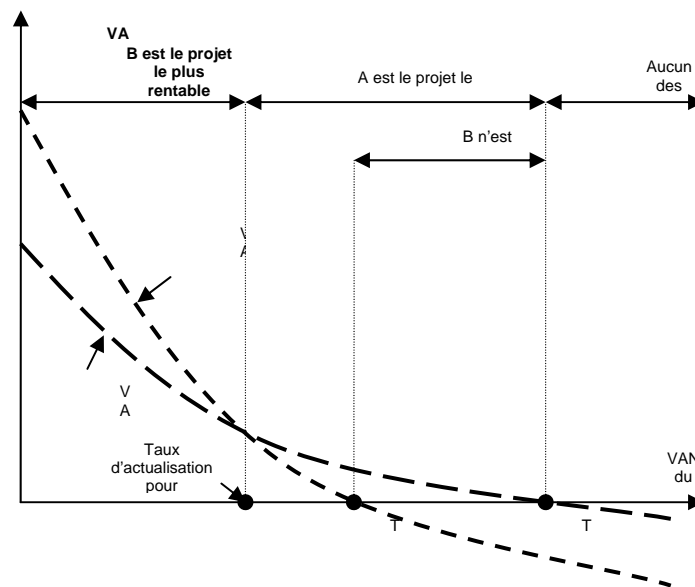
## 2.3 Le TIR ne permet pas de comparer deux projets concurrents

- [66] Si les critiques usuelles sur le TIR sont rappelées dans la littérature<sup>10</sup>, 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.

---

<sup>10</sup> 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'emprunt<sup>11</sup>.

[80] C'est néanmoins un niveau de détail bien inutile.

---

<sup>11</sup> 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 complètement<sup>12</sup>, les textes d'application les plus récents continuent à s'y référer<sup>13</sup> 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-juvénile<sup>14</sup>.
- [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).

---

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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 ».

<sup>14</sup> Données 2010

- [114] Il existe par ailleurs des guides d'appréciation des projets en psychiatrie<sup>15</sup> 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 secteurs<sup>16</sup>. 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.

<sup>15</sup> Les Indicateurs en psychiatrie Guide de la MEAH

<sup>16</sup> 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 mentale<sup>17</sup>. Cette recommandation est partagée par la commission des affaires sociales du Sénat<sup>18</sup> 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.

<sup>17</sup> 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

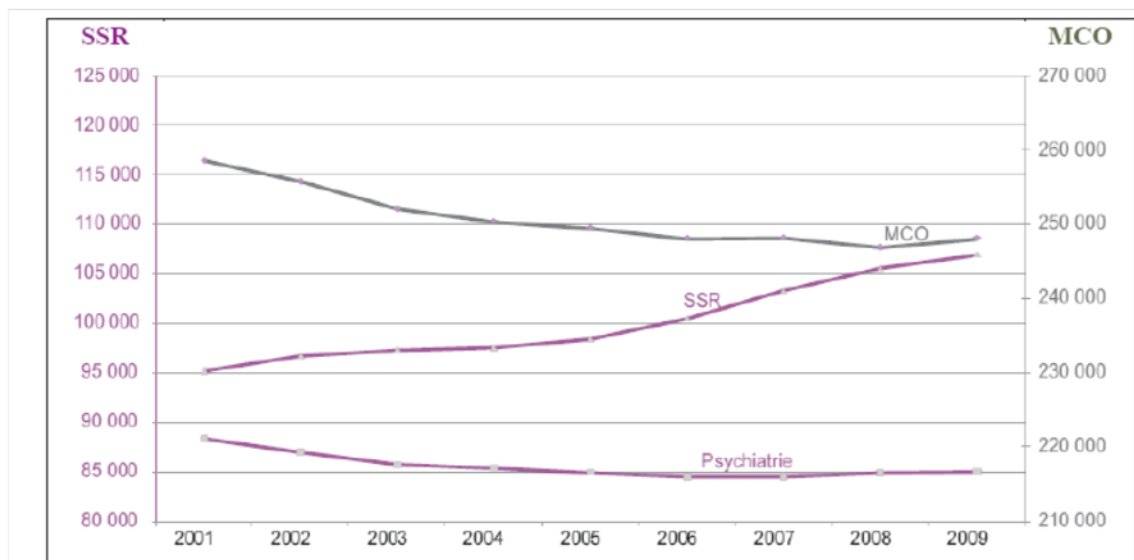
<sup>18</sup> MILON A, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux. 19 décembre 2012. Recommandation n°2 : « Organiser une concertation avec l'ensemble des praticiens et les associations 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 338<sup>19</sup>.

[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 SSR<sup>20</sup> et d'autre part, les conditions techniques de fonctionnement<sup>21</sup>. 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-économiques<sup>22</sup> ; 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 ».

<sup>19</sup> DREES, Panorama des établissements de santé Edition 2012. 172 p.

<sup>20</sup> Décret DHOS no 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR

<sup>21</sup> Décret DHOS no 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR

<sup>22</sup> 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)<sup>23</sup>.

[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).

---

<sup>23</sup> 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 hospitaliers<sup>24</sup> 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.

---

<sup>24</sup> 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'informatisation<sup>25</sup>. 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'examen 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.

---

<sup>25</sup> 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 2010<sup>26</sup>. 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 aidés 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.

---

<sup>26</sup> 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 Marseille<sup>27</sup>, 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-HP<sup>28</sup>, 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.

---

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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'information<sup>29</sup> 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.

<sup>29</sup> 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 indécié 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 2008<sup>30</sup> 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.

---

<sup>30</sup> 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 comptes<sup>31</sup> 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.

---

<sup>31</sup> 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'appêtant 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'INCa<sup>32</sup> 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

<sup>32</sup> 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 sociales<sup>33</sup>. 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.

---

<sup>33</sup> 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.

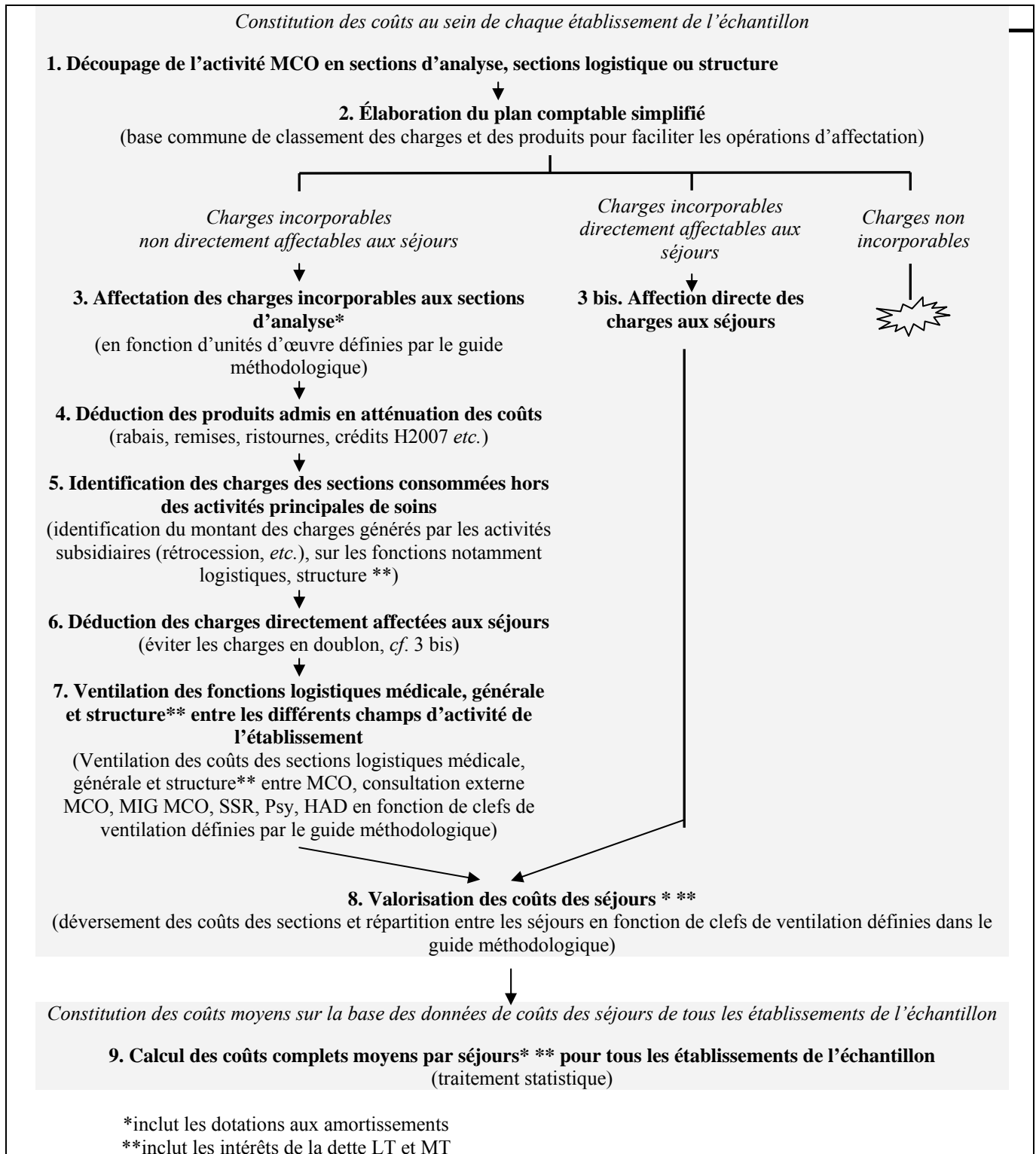
- [223] La direction générale de la Santé, avec le concours de l'AFSSAPS de l'INCa et de l'autorité de Sûreté nucléaire (ASN) a renforcé le système de vigilance en radiothérapie. Sur la période 2007-2011, 426 incidents ou risques d'incident mettant en cause des dispositifs médicaux de radiothérapie ont 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 française<sup>34</sup> 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-France<sup>35</sup>. 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.

---

<sup>34</sup> Situation de la radiothérapie en 2011-INCa-juin 2012

<sup>35</sup> 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 6811111, 681121, 6815, 6816, 6817, 686, 687

Source : ATIH



## ANNEXE 9 : INDICATEURS FINANCIERS ET AGREGATS COMPTABLES

	Calcul	Formule	Couverture théorique
<b>Besoin de fonds de roulement</b>	= 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
<b>CAF</b>	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 <sup>36</sup> – solde des comptes 60 à 67	-le renouvellement des actifs (amortissements) ; -les risques d'exploitation (dépréciations et provisions) ; - la croissance des capitaux propres.
<b>CAF nette</b>	CAF nette = CAF – remboursement de la dette (capital)		CAF disponible après le remboursement du capital de la dette
<b>Charge de la dette</b>	=remboursement de la dette (capital seulement)		Remboursement du capital de la dette (voir remboursement)
<b>Durée apparente de la dette</b>	=encours de la dette / CAF		
<b>EBE</b>	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
<b>Emprunts (capital)</b>		= somme des opérations créditrices des comptes 16 sauf 1688, 169, 16449	Il ne s'agit que du capital emprunté
<b>Encours de la dette</b>		=solde des comptes 16 sauf comptes 169 et 1688	Stock de la dette
<b>Fonds de roulement</b>			Surplus des capitaux permanents par rapport à l'actif immobilisé. Il a

<sup>36</sup> Les produits de cession d'actifs (c. 775) ne sont pas inclus dans la CAF (cf. M21)

			vocation à couvrir le BFR.
<b>Indépendance financière</b>	= 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
<b>Investissement direct</b>		=sommes des opérations débitrices des comptes 20, 21 et 23	
<b>Investissement équipement</b>		=somme des opérations débitrices des comptes 215 et 22315	
<b>Investissement immobilier</b>		= somme des opérations débitrices des comptes 2131, 2141, 2313, 2314, 23823, 23824, 2381	
<b>Investissement installation générale</b>		= somme des opérations débitrices des comptes 2135, 2145, 23825	
<b>Investissement terrain</b>		= somme des opérations débitrices des comptes 211, 212, 2311, 2312, 23821, 238221	
<b>Marge brute</b>	= 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)
<b>Produits d'exploitation</b>		=somme des soldes des comptes 70 à 75 sauf 7087	Comprends notamment les aides financières
<b>Remboursement de la dette</b>		=somme des opérations débitrices des comptes 16 à 18 - opérations débitrices des comptes 1688 et 16449	
<b>Service de la dette</b>	= 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

<b>Taux de marge brute</b>	= (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
<b>Taux de marge brute non aidée</b>	= (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
<b>Taux de marge brute non aidée - ARS Rhône-Alpes</b>	= (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 près<sup>37</sup>. 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
<b>Taux de marge brute</b>	= (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
<b>Taux de marge brute non aidée</b>	= (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
<b>Taux de marge brute non aidée - ARS Rhône-Alpes</b>	= (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

<sup>37</sup> 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 privée<sup>38</sup>. 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.

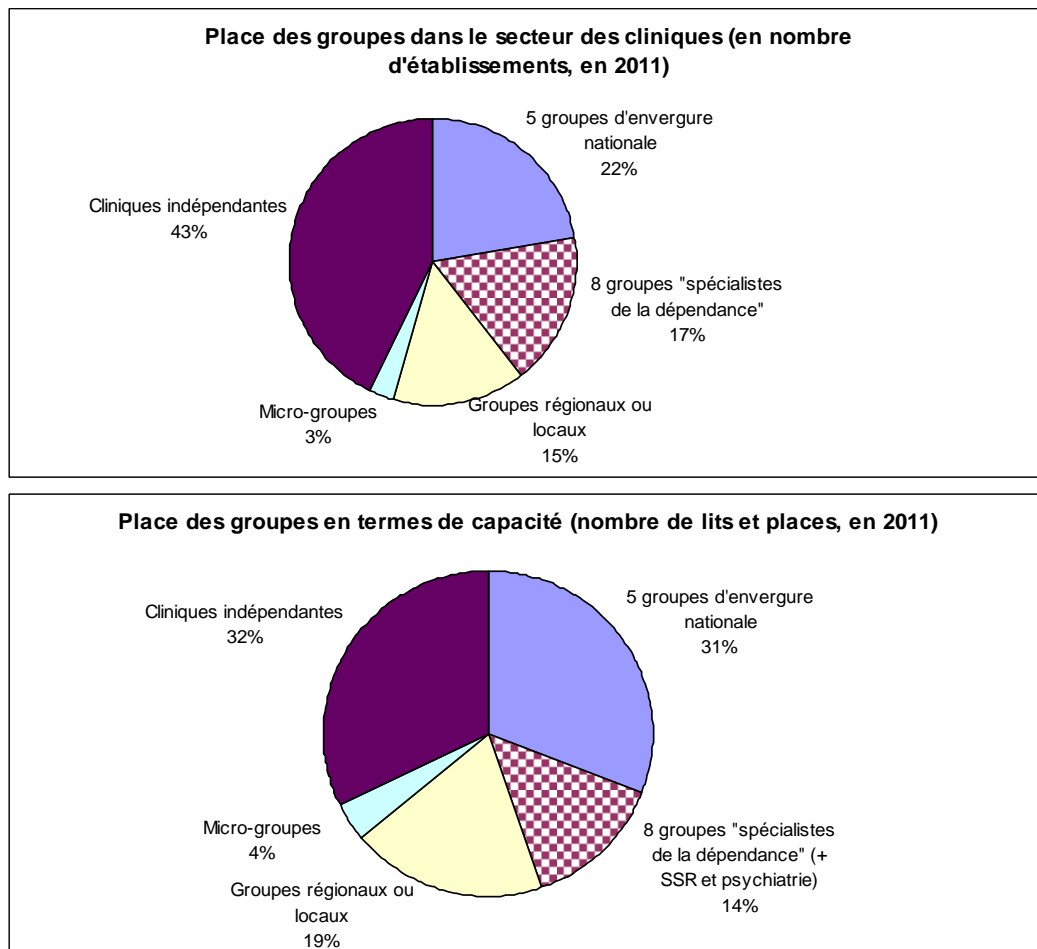
---

<sup>38</sup> 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.

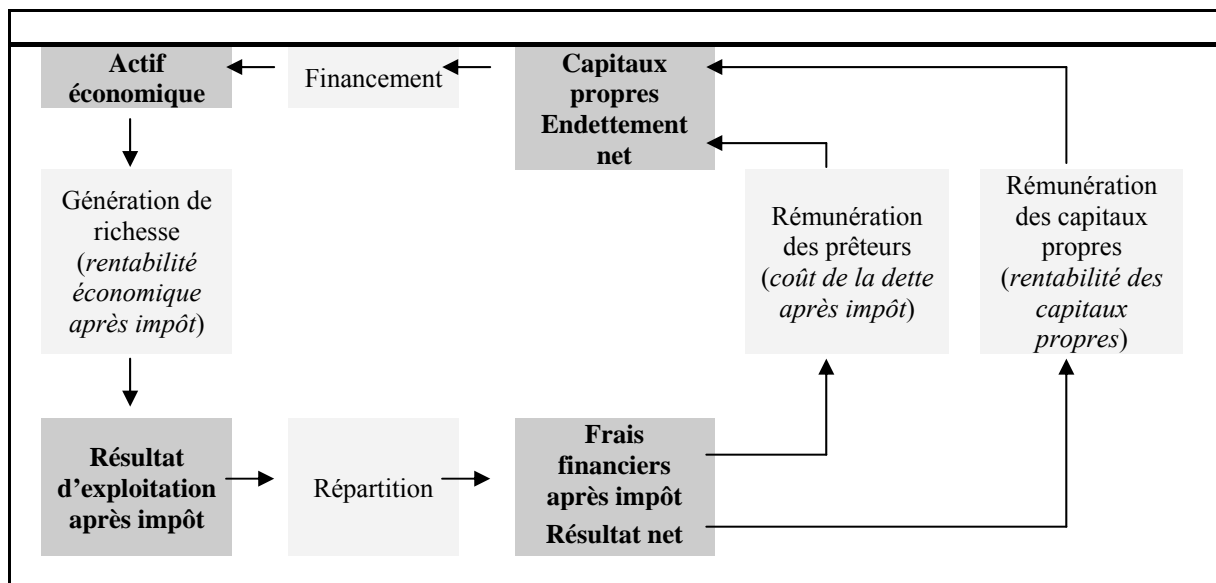
## 1.2 Le développement des grands groupes est accompagné au moins à un moment de leur existence par les fonds d'investissement

[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 recensées<sup>39</sup> 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

<sup>39</sup> 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 SOUBIE<sup>40</sup> 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.

<sup>40</sup> 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 santé<sup>41</sup> : **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'offre<sup>42</sup> ; 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<sup>[43,44,45,46]</sup>, 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.**

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> « 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.

<sup>43</sup> 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

<sup>44</sup> 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

<sup>45</sup> Bulletin. Acad. Nl. Med 2007 191, N° 2, 413-424

<sup>46</sup> 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'évaluation<sup>47</sup>. 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 2002<sup>48</sup>.

#### **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 tendanciel<sup>49</sup>, 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*

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>49</sup> 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 médicale<sup>50</sup>. 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 neutralisé<sup>51</sup>.
- [301] Enfin, les exercices de prospectives comportent tous depuis les années 2000 un **volet télémédecine** 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 2011<sup>52</sup> et par le Haut conseil à l'Assurance maladie (HCAAM) début 2012<sup>53</sup>. 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 années<sup>54</sup> ; les efforts demandés au système de santé vont donc être considérables.

---

<sup>50</sup> DORMONT B Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ? Collection du centre pour la recherche économique et ses applications (CEPREMAP) ; Edition ENS rue d'ULM ; 80 p

<sup>51</sup> DORMONT B., GRIGNON M., HUBER H., « Health expenditure growth: reassessing the threat of aging », Health Econ., 15 (9), 947-63, 2006

<sup>52</sup> Conseil d'analyse stratégique, Quelle organisation de l'offre de santé dans 20 ans ? Actes du séminaire, 5 décembre 2011, 43 p.

<sup>53</sup> Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, Avis adopté lors de la séance du 22 mars 2012

<sup>54</sup> 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 an<sup>55</sup>. 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* »<sup>56</sup>.
- [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 PIB<sup>57</sup>. Cette thèse rejoint celle développée par P ULMANN<sup>58</sup> mais ne fait pas consensus<sup>59</sup>. Ces débats sont complexes et ne pourront prospérer que dans un cadre démocratique qui reste à organiser<sup>60</sup>. 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 France<sup>61</sup>.

<sup>55</sup> HCAAM Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté le 23 juin 2011.

<sup>56</sup> CAS Séminaire 2011. Ibid. cit.

<sup>57</sup> DORMONT B ibid. cit.

<sup>58</sup> ULMANN P, Est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ? Revue d'économie financière, 2004, 76, 76, pp. 19-37

<sup>59</sup> « 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.

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> 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 clefs que sont l'organisation des alternatives à l'hospitalisation<sup>62</sup> (1992), la sécurité anesthésique<sup>63</sup> (1994), l'organisation des blocs opératoires<sup>64</sup>, l'organisation graduée des urgences<sup>65</sup> (1995-1997), de la gynéco-obstétrique<sup>66</sup> (1998); réanimation, soins intensifs et continus<sup>67</sup> (2003) et plus récemment de la cancérologie<sup>68</sup> (2007), la cardiologie interventionnelle<sup>69</sup> (2009) et la biologie médicale<sup>70</sup> (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)<sup>71</sup>. 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.

<sup>62</sup> Décret du 2 octobre 1992 et décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire

<sup>63</sup> Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994

<sup>64</sup> 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

<sup>65</sup> Décrets n° 95-647 et n° 95-648 du 9 mai 1995 ; Décrets n° 97-615 et n° 97-619 du 30 mai 1997.

<sup>66</sup> 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

<sup>67</sup> 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)

<sup>68</sup> 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

<sup>69</sup> 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

<sup>70</sup> Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

<sup>71</sup> 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 paradigme<sup>72</sup> 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 décennie<sup>73</sup>, 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 existants<sup>74</sup>.
- 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 %<sup>75</sup>.
- 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 »<sup>76</sup>.

#### 1.2.5 Flexibilité accrue du bâti et différenciation des aires techniques, médicales et administratives<sup>77</sup>

- [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.

<sup>72</sup> 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

<sup>73</sup> Comment la France se positionne, OCDE, 2012, Note d'information Base de données OCDE 2012

<sup>74</sup> Pr Guy VALLANCIEN in Actes du séminaire CAS *ibid. cit.*

<sup>75</sup> BONTEMPS Gilles, Chirurgie ambulatoire : rencontres 27 janvier 2011, Etat des lieux, enjeux et perspectives, Séminaire ANAP

<sup>76</sup> 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/>

<sup>77</sup> 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 techniques<sup>78</sup>, 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 jour<sup>79</sup>. 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 <sup>80</sup>	Taux	TCAM 2000-2010
Allemagne	8,3	-1
France	6,4	-2,1
Europe 27	5,3	-1,9
Suède	2,7	-2
<b>Lits aigus<sup>81</sup> pour 1000 habitants</b>	Taux	
Allemagne	5,7	
France	3,5	
Europe 27	3,7	
Suède	2,0	

Source : OCDE, Rapport 2012 Health at a glance; exploitation IGAS

<sup>78</sup> A l'image du choix réalisé dans le nouveau pôle médico-chirurgical dit bâtiment LAENNEC, à l'hôpital Necker.

<sup>79</sup> Comment la France se positionne, OCDE, 2012, Note d'information Base de données OCDE 2012

<sup>80</sup> Tous les lits publics et privés en hospitalisation complète > 1 jour, MCO, SSR et psy. Long séjour, EPHAD et maisons de retraite exclus.

<sup>81</sup> 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 évolutions<sup>82</sup> :
- [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 ».

---

<sup>82</sup> 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 places<sup>83</sup>.

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.

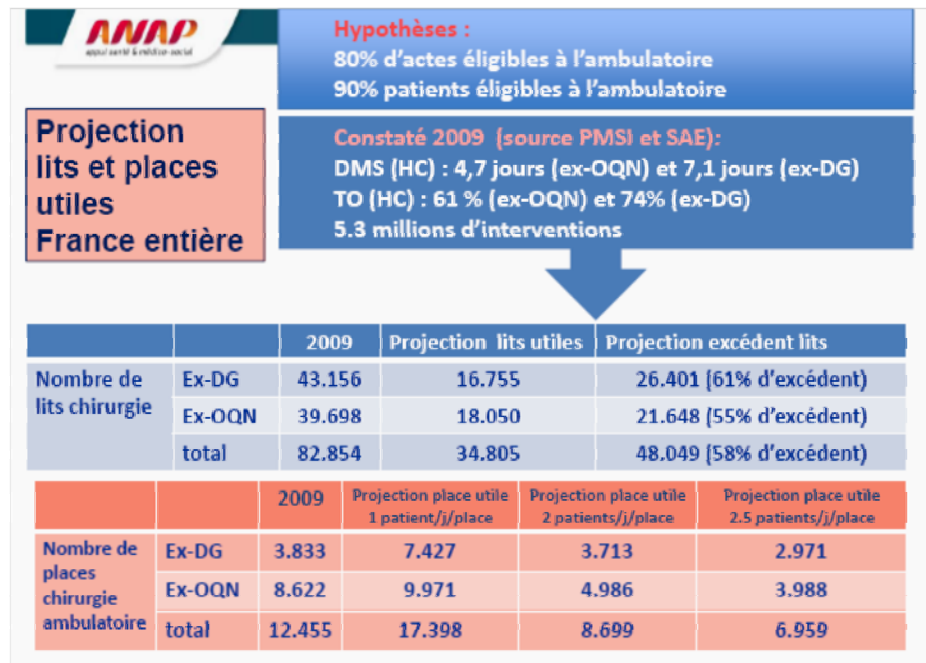
(3) Calculés en 1998 et 2004 sur l'ensemble médecine et chirurgie.

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.

<sup>83</sup> 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 avenir 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 récent<sup>84</sup>. 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.

<sup>84</sup> Y Moreau et al. Pour un Commissariat général à la stratégie et à la prospective janvier 2012 La documentation française. 85 p.





