

**Financement et pilotage de
l'investissement dans le secteur de la santé**
**Situation française : mise en perspective
historique**

Document de travail

Novembre 2023



Tables des matières

1. 1958 – 1980 – EQUIPER LA FRANCE EN HOPITAUX.....	5
1.1. <i>Comment s'organise la régulation de l'offre ?.....</i>	5
1.2. <i>Comment s'organise la construction ?.....</i>	6
1.3. <i>Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?.....</i>	7
1.4. <i>Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?.....</i>	8
2. 1980-2003 : RECOMPOSER L'OFFRE	10
2.1. <i>Comment s'organise la régulation de l'offre ?.....</i>	10
2.2. <i>Comment s'organise la construction ?.....</i>	11
2.3. <i>Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?.....</i>	12
2.4. <i>Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?.....</i>	13
3. 2003-2020 L'ACTIVITE HOSPITALIERE COMME ACTIVITE ECONOMIQUE CONCURRENTIELLE.....	15
3.1. <i>Comment s'organise la régulation de l'offre ?.....</i>	15
3.2. <i>Comment s'organise la construction ?.....</i>	17
3.3. <i>Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?.....</i>	19
3.4. <i>Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?.....</i>	23
4. CONCLUSION SUR LA MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE	25
ANNEXE : UN BATIMENT PEUT-IL ETRE « AUX NORMES » ?	26

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

Ce document décrit le contexte français du pilotage de l'investissement en santé en le situant par rapport à 4 axes d'évaluation :

- régulation des activités de soins
- cohérence territoriale vis-à-vis des autres politiques publiques
- qualité architecturale, urbaine et environnementale
- maîtrise de la dépense publique

Le choix d'une rétrospective sur 60 ans environ présente deux intérêts : d'abord resituer l'analyse à l'échelle du « cycle de vie » d'un bâtiment, alors qu'une grande partie du parc immobilier hospitalier a été fondé dans les années 1960-1970 ; ensuite, reconnaître qu'outre la comparaison internationale, qui fait l'objet d'une étude jointe à ce document¹, la France a elle-même traversé 3 systèmes successifs qui peuvent être comparés entre eux.

Cet historique se concentre sur les modalités de pilotage de l'investissement et à ce titre, ne présente pas chaque étape historique dans l'ensemble de son détail ; il s'inscrit en complément à des descriptions historiques plus complètes de la régulation hospitalière². Il distingue 3 époques :

- 1958-1980
- 1980-2003
- 2003-2020

¹ Hcaam, *Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé - Volet international*, Document de travail, 2023

² Voir, par exemple, l'historique dressé et régulièrement actualisé par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

1. 1958 – 1980 – Equiper la France en hôpitaux

En préambule, rappelons simplement qu'au démarrage de cette phase :

- les hôpitaux publics sont dotés de la personnalité morale depuis 1851, et sont placés sous l'autorité de la commune qui les a institués, hormis les hôpitaux psychiatriques qui sont du ressort des préfets. Ils sont soumis à un régime de contrôle administratif similaire aux collectivités, et exercé par les préfetures ;
- plusieurs réformes hospitalo-universitaires viennent d'être entreprises par la réforme Debré (et une toute jeune Ve République) et dans ce cadre, l'Etat n'a pas souhaité adosser juridiquement les capacités hospitalo-universitaires à leur faculté de rattachement comme d'autres pays, mais plutôt travailler par conventionnement entre les Centres hospitaliers (CH) et les universités.

L'essentiel du maillage hospitalier public actuel découle des choix effectués dans les années 1960/1970, lorsque l'Etat entreprend un effort considérable de construction d'hôpitaux dotés de plateaux techniques.

Dans le cadre d'une économie planifiée (du IVe au VIe Plan), le gouvernement français constate le manque d'équipement hospitalier et déclenche une vaste démarche de construction d'établissements sur l'ensemble du territoire.

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

C'est ainsi dans un contexte de « marché en développement » que les enjeux de régulation de l'offre vont apparaître : des arbitrages sont nécessaires sur le niveau d'équipement à prévoir pour chaque site hospitalier. Au départ, il existe depuis 1941 une hiérarchisation administrative des hôpitaux caractérisant, pour chaque échelon, un niveau de recours et donc de plateau technique³ ; d'où la notion de « centre » hospitalier que l'on retrouve encore dans l'intitulé des établissements aujourd'hui. Elle servira de point de départ et évoluera ensuite avec la mise en place de la carte sanitaire, au travers de la loi de réforme hospitalière de 1970⁴.

Pour réguler les décisions d'investissement, une instance nationale est instituée en 1960 : la Commission nationale pour l'équipement hospitalier (CNEH), renommée CNES (« équipement *sanitaire* ») en 1973 lors de l'introduction de la carte sanitaire. L'instance instruit l'ensemble des dossiers qui sont constitués par les services déconcentrés du ministère de la santé (Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (DDASS / DRASS), institués en 1964), et priorise les projets avant qu'ils soient soumis à la décision ministérielle. Il s'agit d'une instance qui associe d'emblée les représentants des collectivités et des chambres parlementaires, ainsi que des compétences immobilières au niveau du Ministère de l'Équipement. Son successeur se trouve toujours inscrit dans les parties législative et réglementaire du code de la santé publique : il s'agit du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss - cf. infra).

La régulation suppose non seulement de prioriser des sites, mais également de définir un niveau de prestations attendu pour soutenir chaque activité clinique : pour y parvenir, le ministère se dote d'un Centre technique pour l'équipement sanitaire et social, sorte de cabinet d'ingénierie interne. Les travaux préfigurent les « conditions d'implantation » et les conditions techniques de fonctionnement qui, aujourd'hui,

³ A titre d'illustration, les décrets n°59-957 de 1959, n°72-1078 de 1972, n°80-284 de 1980, qui définissent 4 catégories d'hôpitaux et sont accompagnés d'un arrêté énonçant chaque établissement selon son classement.

⁴ Cf. IRDES, supra.

déclinent réglementairement de manière plus précise les différentes autorisations d'activité de soins.

La création de la carte sanitaire s'inscrit ainsi dans un mouvement de très fort développement de l'offre de soins : il s'agit de déterminer les sites prioritaires pour l'implantation de moyens techniques nouveaux, plus que de réguler l'existant qui est encore loin du niveau de prestations visé. Le lien entre planification et canalisation de l'investissement public ressort très fortement dans l'exposé des motifs de la loi de 1970.

En parallèle, l'offre privée est peu régulée et se trouve en plein développement ; des canaux distincts opèrent entre public et privé tant en termes de procédures que d'instances, les cliniques étant plutôt placées sous la supervision des services de l'assurance maladie. Rappelons qu'il faut attendre 1967 pour que les négociations conventionnelles aboutissent à un tarif unique national pour la consultation en médecine générale. Il en va de même pour le premier recours : s'il y a un raisonnement sur un réseau de dispensaires, celui-ci vise avant tout les publics précaires ainsi que les besoins de santé mentale ; il n'a pas vocation à couvrir l'ensemble des besoins de premier recours, pour laquelle l'offre libérale s'organise librement.

1.2. Comment s'organise la construction ?

En pratique, les hôpitaux ne disposent pas des compétences en maîtrise d'ouvrage nécessaires pour de tels projets et ce sont donc les ingénieurs du ministère, ainsi que les services départementaux de l'Équipement (DDE), qui assurent la conduite des opérations de travaux ; on dit que la maîtrise d'ouvrage est déléguée à l'État par les conseils d'administration des hôpitaux.

Afin de réaliser des économies d'échelle, l'État va même plus loin dans l'effort d'ingénierie et conçoit des modèles dits « industrialisés » d'hôpitaux : des plans-type sont élaborés au niveau ministériel et reproduits à différents endroits du pays (« V120 » pour 120 lits de longue durée, « Duquesne » pour 300 lits, « Fontenoy » pour 500 lits, « Beaune », « Unités de soins normalisées (USN) » en psychiatrie ; certains de ces acronymes sont encore rencontrés). Ce mode industrialisé est possible car la loi imposant le recours à un architecte et à un concours pour la réalisation des plans ne sera votée qu'en 1977, partiellement en réaction à ces modes opératoires industrialisés qui existaient non seulement en santé, mais aussi dans l'enseignement et dans le logement. En l'occurrence, le monopole architectural⁵ n'existe pas dans d'autres pays et son ampleur constitue une spécificité française ; elle façonne les procédures de construction.

En termes de procédure, des décrets précisent de manière ferme les étapes à franchir par les hôpitaux pour s'engager dans une construction, ce qui va notamment consacrer la notion de « programme d'établissement » : cette notion préfigure le projet d'établissement, à ceci près qu'elle se concentre exclusivement sur la quantification capacitaire. Chaque étape réglementaire suppose une validation préfectorale avant de

⁵ La loi sur l'architecture de 1977 confère aux personnes diplômées en architecture le monopole de la conception des ouvrages, autrement dit des études préalables et élaborations de plans d'exécution : « Quiconque désire entreprendre des travaux soumis à une autorisation de construire doit faire appel à un architecte pour établir le projet architectural [...] Le projet architectural mentionné ci-dessus définit par des plans et documents écrits l'implantation des bâtiments, leur composition, leur organisation et l'expression de leur volume ainsi que le choix des matériaux et des couleurs. » <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000522423/>

D'autres pays ne sont pas allés aussi loin dans le fait de réserver la signature des plans à un métier spécifique ; cela influe sur les relations entre les différents intervenants dans un projet de construction, dans la répartition de leurs responsabilités, et conduit à des approches assez différentes de la commande publique immobilière d'un pays à un autre.

passer à l'étape suivante. Un décret de 1958, puis de 1973⁶ précise que « *sont soumis à approbation [par les DDASS sous couvert du préfet] :*

- 1) *Le programme d'établissement [qui « définit les besoins que l'établissement doit satisfaire. Il énumère les différents services, sections ou unités le composant »]*
- 2) *Le plan-directeur d'ensemble [« répartit les différents éléments du programme d'établissement entre les terrains de l'établissement »]*
- 3) *Le choix et l'acquisition du terrain*
- 4) *Le plan-directeur particulier [« prévoit l'implantation, sur un terrain donné, des éléments du programme d'établissement et définit les opérations à réaliser »]*
- 5) *Le programme technique détaillé [« porte sur chaque opération et énumère les locaux, leurs caractéristiques et leurs liaisons. Il constitue le programme fixé au concepteur », c'est-à-dire l'architecte maître d'œuvre]*

Il y a donc 4 phases qui précèdent le programme technique détaillé ; le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo)⁷ s'était focalisé sur cette dernière étape. Cependant, l'émergence des nouvelles méthodes d'instruction sous l'impulsion du Conseil National de l'Investissement en Santé s'est traduit par une réaffirmation de l'importance d'un diagnostic préalable de l'offre de soins et du positionnement de l'établissement, qui distingue à nouveau 3 étapes d'instruction dans une circulaire ministérielle de mars 2021⁸.

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

Le financement de ces opérations d'investissement est inscrit dans des lois de programme à l'échelle nationale, elles-mêmes liées au plan quinquennal. Les subventions sont versées aux établissements et financées par des crédits de l'Etat, généralement à 40% du montant total d'opération. Le régime d'assurance maladie n'intervient pas en subventionnement, même si celui-ci est invité à contribuer sous forme d'avances remboursables⁹. Les hôpitaux complètent ce financement par des emprunts et par leurs propres contributions financières, étant à l'époque majoritairement financés par des prix de journées arrêtés au niveau préfectoral.

⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006062214/2005-07-25/>

⁷ https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/05/rapport_v2_-_evaluation_des_procedures_devaluation_socio-economique_des_projets_dinvestissements_publics.pdf

⁸ [Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁹ Le fonds d'action sociale de la sécurité sociale contribue initialement en subvention à des projets d'investissement hospitalier à hauteur de 30% mais ceci prend fin lors des ordonnances de 1967, lorsque les 3 branches (maladie, vieillesse, famille) sont instituées. Le projet d'instituer une Caisse nationale pour l'équipement hospitalier, en succession de ce fonds, ne connaîtra pas de suite. Cf. chapitre dédié dans E. Kocher Marboeuf, IGPDE, *Le patricien et le général. Jean-Marcel Jeanneney et Charles de Gaulle 1958-1969* ; <https://books.openedition.org/igpde/2532#ftn7>

Montants associés aux plans d'investissement

Source : France stratégie ¹⁰	Autorisations de programme	Estimation des opérations à soutenir
Ve Plan (à la fois dans le champ sanitaire et social)	3,2 Mds FRF <i>4,7 Mds € 2022</i>	12,9 Mds FRF <i>19 Mds € 2022</i>
VIe Plan	3,6 Mds FRF <i>(en € 2022 : 4,3 Mds €)</i>	12,4 Mds FRF <i>(en € 2022 : 14,8 Mds €)</i>

Les conseils d'administration des hôpitaux délibèrent sur l'ensemble des opérations de travaux, du moins à compter d'un certain seuil. En outre, les hôpitaux sont placés sous le régime du contrôle de légalité au même titre que les collectivités ; les préfetures exercent donc une supervision assez étroite des activités d'investissement des établissements.

Dans la sphère privée lucrative, de nouvelles cliniques se développent dans une démarche entrepreneuriale : des praticiens fondent leurs cliniques et renforcent progressivement leur niveau d'équipement, tant en salles opératoires qu'en lits. Les financements proviennent des apports personnels des cliniciens et d'emprunts bancaires. Ces cliniques connaîtront par la suite une phase de consolidation importante (cf. *infra*).

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

En outre, la représentation légale de l'établissement est confiée au président du conseil d'administration qu'est le maire de la commune-siège. L'échelon intercommunal n'existe pas encore (le gouvernement tente d'inciter aux fusions entre communes et d'instituer les districts par la loi de 1970, tous deux seront de relatifs échecs), pas plus que l'échelon régional (les régions sont créées en 1972 sous forme d'établissement public dans un premier temps).

La création de la carte sanitaire en 1970 introduit également une notion de sectorisation géographique du ressort de chaque hôpital. Elle aura néanmoins une difficulté à se concrétiser en soins somatiques, à la différence de la psychiatrie : cette difficulté découle en partie de l'absence d'échelon de collectivité à laquelle se raccrocher : les départements constituent le seul échelon administratif disponible (pas d'intercommunalité, pas de régions) et celui-ci n'est que ponctuellement adapté à la régulation des implantations hospitalières. Des indices de besoins capacitaires rapportés à la population sont arrêtés à l'échelle nationale pour déterminer le nombre de lits à implanter par spécialité.

En parallèle, le champ de l'urbanisme commence à se structurer au travers des plans d'occupation des sols (1967) et des schémas directeurs d'aménagement et d'urbanisme, premiers balbutiements d'une politique d'aménagement et de développement propre à chaque territoire.

La loi de 1970 institue une obligation de coopération inter-hospitalière (un Groupement hospitalier de territoire (GHT) avant l'heure) et une gradation en faveur des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) : en effet, le texte prévoit la constitution de groupements inter-hospitaliers régionaux dont ils constituent le pivot nécessaire, et auquel les autres groupements – dits « de secteur » – peuvent adhérer. En outre, l'accent est mis sur la mutualisation des moyens d'investissement et ce, tout particulièrement pour l'informatique naissante pour laquelle les CHRU sont fortement

¹⁰ Il s'agit des montants inscrits dans la prévision initiale. <https://www.strategie.gouv.fr/actualites/sixieme-plan-de-developpement-economique-social>

responsabilisés : des Centres régionaux pour l'informatique hospitalière (Crih) y sont créés, avec un devoir de couverture des besoins des hôpitaux publics environnants.

Pour résumer, cette première période voit une intervention forte de l'Etat sur ses crédits propres, qui néanmoins se maintient à distance de l'exploitation courante des activités de soins : l'apport de moyens financiers est considérable et structurant pour l'offre, mais l'Etat ne récupère pas la responsabilité du fonctionnement courant et les entités juridiques hospitalières restent donc sous la juridiction des communes – il n'y aura pas de service à compétence nationale à l'instar du *National Health Service* britannique¹¹.

¹¹ Pour plus de précisions à ce sujet, cf. l'ouvrage de l'IGPDE relatif au parcours et au travaux de JM Jeanneney : *Le Patricien et le Général, Jean-Marcel Jeanneney et Charles de Gaulle 1958-1969*. <https://books.openedition.org/igpde/2529>

2. 1980-2003 : Recomposer l'offre

Le début de la décennie 1980 marque un tournant à plus d'un titre dans le pilotage de l'investissement en santé. D'abord sur le plan des besoins : les plans d'investissement considérables des années 1960-1970 portent leurs fruits et le parc immobilier installé est quasiment neuf, tout particulièrement pour les CHRU. L'enjeu de canaliser l'investissement se réduit fortement et l'objectif de la régulation se transforme : il s'agit de modérer la dépense d'abord dans l'offre publique, puis de maîtriser le rythme dans le privé lucratif.

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

La mise en place de la dotation globale en 1980 permet une régulation maniant étroitement régime d'autorisation et négociation des allocations budgétaires. Il s'agit d'engager d'autres formes de négociation permettant, au moins en apparence, de mieux se concentrer sur l'offre qualitative de service dans une enveloppe pour le bâti désormais stable.

La dotation globale confère une grande latitude en matière d'investissement, l'échelon dépositaire des allocations de crédits disposant de marges de manœuvre pour favoriser telle ou telle opération. Elle prend une ampleur accrue avec l'instauration de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) en 1996. Elle concerne néanmoins exclusivement l'offre publique et privée à but non lucratif ; les établissements privés à but lucratif conservent un modèle de tarification associant paiement à l'acte et prix de journée pendant cette phase, jusqu'à l'instauration de la tarification à l'activité (T2A).

Le secteur hospitalier connaît des différences d'approche et de procédures d'autorisation entre secteurs public et privé, qui n'ont jusqu'alors pas été pleinement réconciliés. L'établissement de règles communes pour les deux secteurs devient une priorité pour les pouvoirs publics et c'est dans ce contexte qu'en 1992 la Cnes précédemment évoquée fusionne avec son homologue en charge de l'offre privée (Commission nationale de l'hospitalisation, instituée en 1972) pour constituer le Comité national pour l'offre sanitaire et sociale (Cnoss) et ses équivalents à l'échelle régionale. L'objectif change : il ne s'agit plus de déterminer « quoi construire où » mais d'énoncer des règles communes et opposables, permettant ensuite de réguler la qualification des activités de chaque établissement de santé, son implantation et ses capacités quel que soit son statut. Les préoccupations immobilières et d'investissement s'étiolent.

En termes d'instances territoriales, le Ministère se réoriente : le fait de placer public et privé dans un même régime d'autorisation conduit à privilégier une concertation entre les fédérations hospitalières, alors que l'accent mis jusqu'alors sur l'offre publique mettait plutôt la priorité à la concertation avec les collectivités locales. La composition des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (Cross) témoigne de cette réorientation, où les collectivités locales ne sont pas directement associées.

C'est aussi dans ce contexte que la notion de programme d'établissement va se transformer : les capacités sont stables, matérialisées par leurs murs, et les discussions vont plutôt se porter sur la manière de les utiliser en fonctionnement courant. Il s'opère ainsi un glissement en 1991, perceptible dans les évolutions du Code de la Santé publique, du « programme » vers le « projet d'établissement », dont le champ s'élargit à d'autres préoccupations. Il se décline en projet médical, puis intègre un projet de soins, un projet social... En cohérence avec le passage à la dotation globale, le projet d'établissement devient le vecteur de la négociation budgétaire : il est soumis à l'approbation administrative, permettant d'exprimer la mise en cohérence entre moyens et missions.

La contractualisation va s'affirmer dans le champ sanitaire mais celle-ci est contrainte : la carte sanitaire, puis les Schémas régionaux d'organisation des soins (Sros - 1991) comportent des dispositions précises sur le plan capacitaire, qui s'imposent dans les contrats. Il en va de même pour les plans d'investissement.

S'agissant du premier recours, peu de changements si ce n'est l'utilisation du numerus clausus, à partir de 1979, pour contenir l'effectif médical en espérant que cela permette de mieux réguler la consommation de soins ; cette décision législative aura des répercussions perceptibles avant tout dans l'étape historique suivante.

Enfin, en matière biomédicale, les principaux équipements lourds (Imagerie par résonance magnétique (IRM), Scanner, dialyse, Tomographie par émission de positons (TEP), ...) sont inventés entre 1975 et 1985. Ils supposeront une approche spécifique car ils conditionnent l'activité médicale associée ; comme dans d'autres pays, un régime d'autorisation sera mis en place et adossé à des principes de financement spécifiques. Le modèle adopté en France conduit notamment à disposer de taux d'examen par appareil parmi les plus élevés au monde¹².

2.2. Comment s'organise la construction ?

Sur le plan immobilier et comme évoqué précédemment, le recours à des méthodes industrialisées en architecture a été massif pendant la période précédente et entraîne un effet de rejet¹³ qui culmine à la fin des années 1970 et se ressent dans le champ hospitalier : création de la Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques en 1977, interruption des concours organisés au niveau national dès 1982, suppression définitive du service des constructions et de l'équipement au Ministère de la Santé en 1991.

La loi dite « MOP » entre en vigueur en 1985 et structure, aujourd'hui encore, les principes de construction de bâtiments publics : la maîtrise d'ouvrage devient compétence exclusive des Directions d'établissement, qui s'entourent progressivement d'assistances extérieures. Le ministère se dessaisit des compétences immobilières mais maintient une expertise en ingénierie, permettant d'énoncer des normes spécifiques à l'hospitalier en lien avec les autres ministères.

Ce désengagement se ressent jusque dans les statistiques recueillies à ce jour sur le parc immobilier sanitaire et médico-social : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) organise un recueil systématique d'informations dans les deux champs, mais le recueil des surfaces et d'autres paramètres structurants, tel que le nombre de chambres individuelles et leur équipement, ou les dates de dernière rénovation, n'est structuré que dans le champ médico-social, reflet des préoccupations en vigueur lors de la mise en place de ces enquêtes (appelée « EHPA » dans le champ médico-social, et « SAE » dans le champ sanitaire).

S'agissant de l'investissement en informatique, celui-ci connaît une évolution assez brutale sur cette période, dès lors qu'il est décidé par l'Etat d'encourager l'émergence

¹² Le dernier rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montre que la France continue à figurer parmi les pays ayant à la fois un taux d'examen élevé lorsque rapporté à la population, et un nombre d'appareils rapporté à la population faible : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

¹³ Comme évoqué sobrement par J-O. Simonetti dès 1977 : « L'industrialisation et ses corollaires, préfabrication et standardisation [...] n'a pas facilité l'intégration esthétique et fonctionnelle des équipements collectifs dans leur environnement urbain ». L'auteur cite ensuite spécifiquement la construction des CHU. In Simonetti Jean-Olivier. Réflexions sur l'industrialisation de la construction et la production du bâti (Ire partie). In: Norois, n°95, Juillet-Septembre 1977, https://www.persee.fr/doc/noroi_0029-182x_1977_num_95_1_3587

d'un leadership français dans l'offre logicielle. La suppression des Cnih est actée¹⁴, ce qui se traduit notamment par une mise en concurrence entre opérateurs publics et privés, par le transfert d'une partie de ces activités dans des structures de coopération relevant plutôt de l'économie mixte. La dérégulation du secteur permet effectivement à des sociétés de s'affirmer en France puis sur la scène internationale ; en l'absence de « chef de file » dans chaque territoire, elle entraîne également un effet de kaléidoscope sur les systèmes d'information hospitaliers, que les GHT s'efforcent désormais de simplifier.

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

A l'échelle nationale, la mécanique de l'économie planifiée s'érode à compter des années 1980 et il en va de même pour l'adoption des autorisations de programme. A l'échelle du dialogue budgétaire entre préfetures/Drass et établissements publics de santé, le mécanisme de la dotation globale va focaliser le dialogue sur l'investissement dans les états budgétaires correspondant (au sein du « titre 4 » des budgets primitifs adoptés par les hôpitaux).

L'approbation des plans d'investissement est soumise à un contrôle à la fois budgétaire, et de conformité avec les documents de planification sanitaire, tous deux exercés par les Drass (sous l'autorité des préfets) puis par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à leur création. Les arbitrages sur les investissements majeurs vont transiter par ces procédures, du moins pour les crédits relevant de l'assurance maladie. En complément, des crédits Etat sont fléchés via les contrats de plan Etat-Région (cf. infra).

En outre, les grosses opérations continuent à être soumises à l'approbation du conseil d'administration (CA), ce qui confère aux services de l'Etat une 3^e possibilité d'intervention au travers du contrôle de légalité des actes. La nécessité d'une délibération par le CA est appréciée sur la base de seuils, auxquels s'ajoutent les procédures de commande publique. Ces seuils de délibération sont relativement bas et vont perdurer jusqu'à leur suppression en 2010 : à titre illustratif, ils représentaient alors 2 M€ pour les CH et 5 M€ pour les CHU. Les règles de présentation du rapport fondant la délibération sont fixées réglementairement ; les contenus s'apparentent aux exigences actuelles des rapports socio-économiques¹⁵.

L'inflation joue un rôle important dans la régulation de la dépense : dans le cadre des dotations globales, imposer un taux faible d'augmentation pour un établissement sur deux ou trois années successives revient à lui imposer une cure d'amaigrissement... sans avoir baissé les dotations. Pour en prendre la mesure, rappelons qu'en 1978 les dépenses nationales hospitalières ont augmenté plus de 20 % en une seule année, pour une inflation de l'ordre de 10 %¹⁶ : limiter, dans un tel cadre, la progression d'un budget hospitalier à 5% revient de manière nette à lui réduire ses capacités financières, sans pour autant manifester une réduction de budget. Des démarches de ce type n'ont pas été possibles dans les années de faible inflation.

Le financement des centres informatiques régionaux donnera lieu à un contrôle spécifique sous forme de budgets annexes ; ceux-ci seront réintégrés au budget principal hospitalier au début des années 2000.

¹⁴ CIRCULAIRE n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_6-1-89.pdf

¹⁵ Arrêté du 17 novembre 2006 relatif au dossier technique prévu à l'article R. 6145-66 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000792634/>

¹⁶ CIRCULAIRE N° 947 DU 29 MARS 1979 relative au contrôle de l'exécution des budgets et de l'activité des établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/amel/cons/CIRCC/CC7906/790626-C.PDF>

Enfin, la sphère privée lucrative poursuit ses efforts d'investissement en autonomie, avec l'appui du secteur bancaire. Les investisseurs institutionnels commencent à s'intéresser au secteur et à constituer des groupes (à titre d'exemple, la Générale de Santé est créée en 1987 et va opérer des rachats de cliniques tout au long des deux décennies qui suivront).

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

Alors que les efforts législatifs initiés en 1970 allaient vers une concordance assez forte entre politiques publiques, cette concertation va s'affaiblir ; l'évolution des règles d'urbanisme et de planification territoriale se poursuit de manière déconnectée de celle du champ sanitaire, dans lequel les préoccupations d'équilibre budgétaire deviennent centrales.

L'acte I de décentralisation entérine en 1984 une déconnexion entre les politiques sanitaires et les politiques sociales à l'échelle de chaque territoire, en répartissant les opérateurs concernés entre les conseils généraux nouvellement autonomes et les services préfectoraux (les Ddass/Drass, créées en 1964, conserveront l'activité sanitaire, les activités sociales seront en revanche transférées aux conseils généraux et le champ médico-social devient une compétence partagée). La convergence entre ces politiques avait été souhaitée afin de promouvoir une approche plus communautaire, replaçant les soins sanitaires dans un rôle de recours par rapport à l'intervention sociale.

Ensuite, la création des ARH en 1996 acte le partenariat entre l'Etat et l'Assurance maladie, réunis en commission exécutive pour renforcer la régulation du système de santé. A cette occasion, leur représentation dans les conseils d'administration des hôpitaux devient unique. La période est marquée par un rythme élevé de recompositions de l'offre de soins, réalisées pour certaines dans des contextes difficiles. Dans cette période, les indices initialement établis pour réguler la construction de nouveaux hôpitaux se trouvent réutilisés à d'autres fins : c'est ainsi que les bornes basses des indices de besoins en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) se trouvent divisées par deux¹⁷, et que l'on instaure des seuils d'activité minimale opposable dans le champ de l'obstétrique par exemple. De même, le régime d'autorisation est enrichi d'une périodicité de renouvellement, qui n'existait pas au départ ; et la carte sanitaire est complétée par un schéma régional d'organisation sanitaire (le Sros). Le Sros se dote de volumes d'activités cibles pour orienter la contractualisation avec les opérateurs : ce seront les objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos).

Cette création des ARH prend en quelque sorte acte de la difficulté à organiser la concertation locale avec les collectivités : plutôt que d'intégrer l'autorité de l'Etat dans les assemblées délibérantes des établissements, le Législateur fait le choix de conférer un pouvoir important aux ARH, jusqu'à leur permettre de fusionner d'autorité des établissements publics de santé (Code de la santé publique (CSP) art. L6131-4) : même si cette disposition n'a que très marginalement été mise en œuvre, elle manifeste le pouvoir accordé au représentant de l'Etat pour passer outre les assemblées délibérantes desdits établissements, plutôt que de s'astreindre au dialogue dans celles-ci.

Cette relation aux collectivités locales interpelle lorsqu'on compare aux systèmes de santé d'autres pays ; peut-être est-ce lié à la difficile émergence d'un échelon intercommunal. L'effort de rapprochement entre établissements souhaité dans la loi de 1970 n'a pas abouti et les conseils d'administration restent donc structurés en monosite, plutôt qu'à l'échelle d'un territoire ; cela ne favorise pas la concertation entre élus d'un même territoire et une conciliation sur les projets à prioriser. En outre, y sont

¹⁷ Pour l'activité de médecine, l'indice « cible » est compris entre 2,3 et 2,5 lits pour 1000 habitants en 1973 ; il passe à une fourchette comprise entre 1,0 à 2,2 / 1000 hab. en 1992.

représentés l'échelon communal et départemental, ce qui ne constitue qu'un reflet partiel du territoire du ressort d'un établissement. La création d'un échelon intercommunal démarre véritablement en 1999 et ne sera généralisée par des schémas préfectoraux qu'en 2016 ; il sera progressivement pris en compte dans la composition réglementaire des conseils d'administration.

A titre d'information le financement des autres types d'équipements publics relevant de l'échelon communal va suivre un cheminement similaire : réforme de la fiscalité communale ouvrant la voie à une dotation globale d'équipement, fin du recours à des modèles industrialisés définis par l'échelon national. La dotation d'équipement démarrera avec un principe de forfaitisation, dans lequel l'Etat abonde à hauteur de 40% l'effort d'investissement engagé par les communes ; mais assez rapidement, cette méthode soulève des problèmes d'application et l'on revient progressivement à une enveloppe finançant des projets instruits individuellement par les préfetures, sur la base de demandes déposées par les collectivités locales.

Quant à l'échelon régional, il va se structurer tout au long de la période et bénéficier de l'effort de promotion des Contrats de Plan Etat-Région (CPER) ; ceux-ci intégreront des crédits d'investissement pour l'offre sanitaire dans des proportions modestes (l'équivalent de 380 M€ soit 8% des CPER 1994-1999, par exemple¹⁸), sans que les collectivités régionales ne soient par ailleurs impliquées dans la régulation du système de santé. Dans un premier temps, ces financements serviront à faire aboutir les programmes dits d'« humanisation » des hôpitaux, c'est-à-dire le remplacement de l'hébergement en salles communes par des chambres à 2 ou 3 lits.

Enfin, rappelons que les procédures d'enquête publique sont structurées par la loi Bouchardeau votée en 1983 : elles vont notamment s'imposer dans le champ des opérations d'aménagement et de l'élaboration des documents d'urbanisme, introduisant des procédures de participation du public et des principes d'évaluation environnementale. Pour l'échelon communal et intercommunal, la loi va façonner les principes de concertation avec le public sur la stratégie territoriale.

¹⁸ Cf. rapport d'information de 2014 au Sénat <https://www.senat.fr/rap/r14-036/r14-0361.pdf>

3. 2003-2020 l'activité hospitalière comme activité économique concurrentielle

Le début des années 2000 est marqué, en France comme ailleurs, par une réflexion très intense sur la reconnaissance de l'activité hospitalière comme une activité économique concurrentielle.

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

La période est marquée par le souhait d'une mise en concurrence entre offreurs de soins et donc d'une moindre intervention du régulateur, celui-ci se concentrant désormais plutôt sur le contrôle financier.

Sur le plan de la régulation, une ordonnance de 2003 consacre la suppression de la carte sanitaire, et sera suivie de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) qui supprime la référence à des capacités exprimées en lits dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos). Les Oqos se limitent à exprimer un nombre d'implantations géographiques sans en dimensionner les capacités, alors qu'ils rassemblaient jusqu'alors les mesures d'analyse et d'approbation des capacités (en lits et places) allouées à chaque territoire et leur ventilation entre opérateurs.

A juste titre, ils sont considérés comme désuets pour organiser la répartition des activités hospitalières, qui découle des flux patients ; ce raisonnement, adapté pour le fonctionnement courant, prive néanmoins l'Etat d'un levier essentiel pour dialoguer avec les structures publiques sur le dimensionnement des investissements.

De même, les conditions techniques de fonctionnement (CTF) perdent de leur sens : pendant vingt ans et jusqu'à la publication d'une nouvelle réforme du régime d'autorisation des activités de soins, en 2022 le ministère n'a pas publié de CTF pour l'hospitalisation de médecine ni de chirurgie, preuve que l'urgence à fixer ce type de « cahier des charges » en matière d'immobilier et de personnel ne fait plus consensus entre les acteurs.

Dans le même esprit, le projet d'établissement est exclu du périmètre d'approbation par les ARH puis Agences régionales de santé (ARS), auquel il se trouvait jusqu'alors soumis : il en va de même pour le programme pluriannuel d'investissement. Le projet d'établissement relève désormais exclusivement de la Direction de l'établissement, de même que le plan d'investissement, les avis des autres acteurs restant d'ordre consultatif et non opposable. Si l'on s'en tient aux dispositions réglementaires, le contrôle des ARH devenues ARS est restreint au respect des équilibres financiers et non à l'opportunité des projets.

En contrepartie : association plus large du personnel puis des usagers, puis réorientation vers des projets de territoire fondée sur la concertation entre acteurs. Cette approche trouve sa forme la plus aboutie dans les Projets médicaux partagés (PMP) de GHT, avec des perspectives de mutualisation des capacités de financement à l'échelle du groupement.

Le régime d'autorisation change d'objectif : l'alignement public/privé sur de mêmes référentiels est quasiment atteint et en outre les opérations de recomposition les plus conséquentes sont faites ; le « marché » hospitalier est arrivé à maturité. Si elles sont très médiatisées, les opérations de recomposition réalisées sur la dernière décennie sont bien plus faibles en nombre que pendant les 15 années précédentes. L'objectif du régime d'autorisation n'est plus de canaliser des moyens d'investissement ni de limiter les expansions d'activité, mais d'instaurer des barrières à l'entrée pour les activités de recours, sur les sites existants : c'est ainsi que les autorisations se concentrent sur des

seuils d'activité en cancérologie par exemple, et la qualité des soins devient un facteur inscrit dans la régulation, alors qu'il n'était jusqu'alors pas un élément de concertation.

A l'inverse, le nouveau mode de régulation va mettre l'accent sur la mobilisation des incitations financières pour une auto-régulation du secteur. La mise en place de la tarification à l'activité vise initialement (outre les gains d'efficience) à garantir une équité de traitement entre établissements publics par rapport à l'entropie de 20 années de dotation globale, et à améliorer la capacité à reconnaître les efforts de développement d'activité ; à l'époque, elle est réclamée par les CHU qui vivent le schéma existant comme un carcan. La mise en parallèle public/privé, initialement souhaitée, n'aboutira pas pleinement, puisque des grilles tarifaires distinctes vont être maintenues.

La transition vers un financement reposant en majorité sur l'activité (T2A) a son importance car elle a entraîné la formation de crédits de compensation pour les établissements ne parvenant pas à couvrir leurs charges de fonctionnement par le nouveau modèle de financement. Ces crédits de compensation, prévus comme transitoires, s'avèrent reconduits d'année en année pour une partie des établissements : ceux qui se trouvent en situation de fragilité.

Ni les régulateurs, ni les opérateurs n'ont pleinement su engager les réorganisations de services qu'entraînait la réforme du mode de financement et cela s'est traduit, pour certains établissements, par une pérennisation des crédits exceptionnels. Le point a son importance car les fonds alloués aux ARH puis ARS, dans le même intervalle, globalisent crédits visant l'appui à l'investissement et à la recomposition de l'offre de soins, au sein des enveloppes qui leur sont dédiées (aides à la contractualisation dites AC, Fonds d'Intervention Régional dit FIR). Dans les faits, l'essentiel de ces crédits a été embolisé par un besoin non prévu : l'abondement chronique des budgets de certains établissements afin d'éviter les cessations de paiement.

Cela a d'ailleurs suscité une précision dans la doctrine comptable, portant sur la manière de reconnaître ces crédits exceptionnels :

- inscription au compte de résultat, en complément des budgets T2A, évitant d'afficher des indicateurs financiers dégradés ;
- ou inscription aux fonds propres, au même titre qu'une subvention d'investissement le serait, traduisant plutôt une recapitalisation de la structure.

Les dispositions réglementaires du FIR évolueront pour permettre ces deux cas de figure, laissant aux ARS la liberté de choisir leur approche.

C'est également dans ce contexte que va émerger la notion du « taux de marge brute » : la réorientation des principes de régulation met l'accent sur l'analyse financière, et le contrôle des établissements va donc accentuer la recherche de nouveaux indicateurs. L'accent n'est plus mis uniquement sur le respect d'un budget mais sur la capacité de l'établissement à préserver des capacités d'investissement. L'observation des équilibres économiques-types conduira à préconiser un taux à 8 % des produits¹⁹, répartis avec l'idée que 5 % sont nécessaires à la couverture des besoins des grosses opérations d'investissement (ou de remboursement de dette) et 3% sont nécessaires pour les besoins dits d'« investissement courant » tels que les équipements mobiliers ou biomédicaux, les opérations de maintenance et les systèmes d'information.

Il existe encore un débat sur le degré avec lequel ces moyens d'autofinancement, dégagés par la tarification, ont vocation ou non à couvrir l'ensemble des besoins

¹⁹ Cf. rapport IGAS/IGF de 2013, intitulé « Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier » : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf

d'investissement. La question des enveloppes dédiées à l'investissement est abordée ultérieurement.

Le premier recours connaît aussi une évolution, notamment dans le champ de la biologie médicale et des officines : dans ces deux champs, le contrôle administratif devient moins individuel et ouvre la possibilité de constitution de groupes. Les ressources d'investissement se trouvent ainsi mutualisées, ce qui contribue à une politique d'investissement plus orientée vers une organisation en étoile : dans le champ de la biologie en particulier, de grands centres de traitement et des antennes maillant le territoire.

3.2. Comment s'organise la construction ?

Les compétences d'ingénierie restent placées à l'échelle de chaque établissement de santé et le degré d'expertise se trouve ainsi lié à la taille de la structure : les plus grandes bénéficient d'une récurrence d'opérations qui favorise le savoir-faire. Le corps des ingénieurs hospitaliers est inscrit dans la fonction publique hospitalière (FPH) mais souffre de son manque d'attractivité, hormis dans les plus grosses structures.

En termes de procédure, la période reconduit les principes de la MOP tout en expérimentant deux modes dérogatoires :

- l'externalisation du financement (et donc d'une partie de la maîtrise d'ouvrage) auprès de consortiums privés, sous la forme de marchés appelés « partenariats publics-privés » (PPP). Ces contrats complexes sont soumis à une procédure particulière incluant une validation nationale par une mission d'appui aux PPP placée auprès du ministère du Budget, et une évaluation socio-économique préalable, ce qui constitue une réintroduction de l'échelon national alors même que les autres procédures étaient devenues strictement locales ;
- la procédure de conception-réalisation, autrement dit l'entorse faite au monopole architectural. Les hôpitaux obtiennent la possibilité de ne pas faire précéder les marchés de travaux par un concours d'architecte, mais d'organiser un appel d'offres unique englobant les prestations intellectuelles et l'ensemble des travaux. Cette procédure est décrite par l'ordre des architectes mais se déploie dans différentes politiques publiques ; elle va devenir la règle dans le champ hospitalier, du moins pour les constructions neuves. Dans cette procédure, le programme technique détaillé (PTD) devient un document clé car c'est sur ce fondement que l'ensemble de la négociation entre constructeurs et hôpitaux va s'établir ; toute modification du PTD entraîne des avenants contractuels et donc des surcoûts. Or les étapes antérieures de réflexion, telles que décrites dans le décret de 1973, n'ont pas été maintenues et comme indiqué précédemment, la notion de programme s'est étiolée en matière de régulation.

Dans les débats d'experts immobiliers, et dans les productions d'instances telles que la Cour des Comptes ou l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), la période 2010-2020 laissera une large place à la discussion sur l'opportunité de ces deux modes par rapport à la procédure classique définie par la loi MOP. L'opportunité de l'externalisation du financement suscitera des réserves liées notamment au dérapage d'opérations emblématiques²⁰, puis des ajustements dans la réglementation comptable et financière qui vont partiellement en gommer l'intérêt : en effet, les baux vont être réintégrés dans les comptes de bilan des établissements, réintroduisant ainsi ces contrats comme relevant de l'investissement même si leur paiement est étalé sur la

²⁰ Pour une analyse plus approfondie, cf. rapport public annuel 2014 de la Cour des Comptes, qui y consacre un chapitre : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/3_5_partenariats_public_privé_plan_hospital_2007_Tome_I.pdf

durée du bail – et réinsérant ainsi ces contrats dans le champ des procédures d’approbation applicables à l’investissement.

Tous les pays de l’OCDE ou presque auront expérimenté ces dispositifs, avec des résultats assez convergents tels qu’évalués à l’échelle européenne²¹ : seuls les Britanniques semblent maintenir le dispositif, peut-être confortés par le degré de maîtrise du prestataire que permet l’autorité nationale de l’acheteur (National Health Service (NHS)).

En parallèle, le nouvel esprit de régulation entraîne une recomposition des acteurs au niveau national :

- création d’une mission d’appui à l’investissement hospitalier (MAINH) en appui aux plans nationaux. Cette mission bénéficie de cellules expertes mises à disposition dans chaque ARH (1 à 4 ingénieurs par ARH) ; avec la loi HPST, elle est dotée de la personnalité morale en lui associant d’autres expertises en matière d’organisation (la Mission nationale d’expertise et d’audit Hospitaliers (MéaH)) et de systèmes d’information (le Groupement pour la Modernisation du système d’Information Hospitalier (GMSIH)) pour devenir l’Anap. En pratique, l’Anap interviendra sous plusieurs formes en matière immobilière, plutôt en déclinaison du post-plans nationaux : évaluation des PPP et méthodes de conception/réalisation, élaboration de thésaurus juridiques et de guides sur les cessions hospitalières, appui à la formalisation des baux emphytéotiques ;
- en parallèle, le bureau de l’ingénierie hospitalière est supprimé lors de la transformation de la Direction des hôpitaux, transitoirement Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation de Soins (DHOS), en Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS) ;
- réduction du rôle du Cnoss dont les prérogatives demeurent sur des principes de régulation qui eux, néanmoins, ont été largement vidés de leur substance ;
- renforcement du rôle des fédérations hospitalières et Conférences ; la conférence des Directeurs généraux (DG) de CHU se dote d’une commission Ingénierie et Architecture

Vont ainsi coexister deux modes de raisonnement sur l’immobilier :

- la détermination de conditions techniques de fonctionnement liées aux autorisations, dont le raisonnement stagne ;
- la réimpulsion d’études de programmation immobilière sous l’égide de la MAINH, visant à doter les établissements d’outils pour dimensionner leurs projets, ainsi que les futurs coûts de fonctionnement associés à un bâtiment neuf ; la suspension des plans d’investissement au-delà de 2010 va mettre un cran d’arrêt à ces travaux.

Élément important de contexte, l’interdiction tardive de l’amiante dans la construction (1997) va susciter un effet « boomerang » : les constructions des années 1960-1970 ont toutes eu un recours massif à ce produit et leur non-conformité ressort sur la place publique au moment même où les plans d’investissement sont décidés. Une part significative des projets validés sera justifiée par la volonté de réhabilitation contre le

²¹ A titre illustratif, le rapport de la Commission Européenne de 2018 au titre évocateur : [Rapport spécial n° 09/2018: Les partenariats public-privé dans l’UE: de multiples insuffisances et des avantages limités](https://www.eca.europa.eu/fr/publications?did=45153) | <https://www.eca.europa.eu/fr/publications?did=45153>

risque amiante, alors que les immeubles concernés n'en sont qu'à mi-parcours de leur amortissement²².

Dans le champ biomédical, les procédures sont largement inchangées par rapport à la phase précédente, avec le maintien d'une autonomie de principe pour les établissements hormis pour quelques équipements soumis à autorisation. La liste des équipements concernés évolue très peu : IRM, Scanner, TEP, ...

En matière informatique, la notion d'investissement est devenue plus floue dans la mesure où de nombreuses solutions se sont développées sous le régime de l'abonnement ou de la location, donc imputables aux charges de fonctionnement (et non d'investissement). Par ailleurs, chaque échelon s'implique :

- les échelons national et régional de l'Etat développent des solutions visant notamment l'inter-opérabilité entre établissements et la gestion des référentiels, ainsi que les analyses de données (via les structures régionales Groupement régional d'appui au déploiement de la e-santé (GRADeS)) ;
- l'échelon national détermine également des priorités sur le champ de l'informatisation des parcours patients d'abord en intra-hospitalier, puis entre opérateurs, et incite les opérateurs tant au travers de dispositifs de subventionnement (d'abord intégrés aux « *Plans Hôpital* » de 2007 et 2012, puis bénéficiant d'un dispositif dédié tel que « *Hôpital Numérique* ») que d'exigences de certification (Haute autorité de santé (HAS)) ;
- les collectivités régionales et départementales subventionnent également des initiatives notamment dans le champ de la télémédecine ;
- les hôpitaux restent dépositaires de leur stratégie de systèmes d'information (SI) et s'appuient, à des degrés variables, à des opérateurs de mutualisation. L'émergence de groupes privés multi-établissements, puis des GHT, tend à centraliser la décision d'investissement en SI au moins à cette échelle.

Enfin, l'investissement biomédical tient une place croissante dans les budgets, avec le développement d'automates de plus en plus sophistiqués : armoires à pharmacie automatisées, robots chirurgicaux, chaînes de production en biologie, automates pour les flux logistiques.

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

D'abord la gouvernance évolue, à double titre : celle des pôles d'activité d'abord, entrés en vigueur par ordonnance en mai 2005, puis celle de la séparation du Conseil d'administration en conseil de surveillance et directoire lors de la loi HPST de 2009. Cette évolution a plusieurs conséquences sur le plan de l'investissement. Elle entraîne le transfert de la représentation légale de l'établissement depuis le président du CA vers le Directeur, donc un transfert d'interlocuteur pour l'Etat ; elle rend consultatif l'avis des collectivités sur la stratégie de l'établissement et sur les questions foncières ; elle supprime enfin le contrôle de légalité. Ces évolutions seront ensuite reconnues par le juge administratif comme entraînant un transfert de rattachement des établissements publics de santé depuis le secteur public local vers l'Etat ; pour autant, elles ne s'accompagnent pas d'un changement de composition des instances et l'Etat ne siège donc qu'à titre consultatif, et non délibératif, dans les établissements publics qui lui sont rattachés.

²² Le propos ne vise nullement à minorer le risque lié à l'amiante mais simplement à sensibiliser à l'ampleur qu'a représenté cette « mise aux normes » dans le cycle d'investissement hospitalier, qui se poursuit à ce jour, et qui a une influence forte sur les projets immobiliers : qu'il s'agisse de démolir ou de réhabiliter, l'exigence de désamiantage préalable impose des budgets considérables qui amputent d'autant les moyens alloués au neuf.

Sur le plan du contrôle financier, et comme évoqué précédemment, le contrôle administratif se concentre sur le respect des équilibres financiers et toutes prérogatives en matière d'opportunité des dépenses sont retirées. S'y ajoute la mise en place de la tarification à l'activité.

Les GHT n'ont pas encore d'impact particulier en termes d'investissement, en l'absence de personnalité morale et de pouvoirs conférés à l'établissement support pour orienter les décisions d'investissement des établissements partie (hormis en matière de SI). La création de Directions communes épousant les périmètres des GHT oriente néanmoins vers l'émergence de stratégies d'investissement territoriales.

Sur le plan des enveloppes de financement, la période est marquée par 2 mouvements :

- la mise en place de plans d'investissement nationaux (H2007 en 2003, H2012 en 2007, volet investissement du plan santé mentale PRISM), ouverts à la fois aux opérateurs publics et privés, identifie des crédits et en délègue la gestion à l'échelon régional du ministère en charge de la santé que constitue le réseau des ARH. L'identification de ces plans, de manière concomitante à la refonte du régime de financement du fonctionnement courant, tend vers un schéma pérenne : T2A pour les fonctionnements et investissement courants, plans nationaux pour l'investissement majeur ;
- or, ces plans d'investissement prennent fin à mi-parcours, puisqu'il n'y a pas eu de plan d'investissement au-delà de 2009. Le Copermo a été néanmoins identifié, notamment par les établissements hospitaliers, comme le relais « naturel » des plans d'investissement précédents alors qu'aucune communication n'était faite sur les crédits alloués à cette instance ; la communication orientait plutôt vers les crédits englobés dans le FIR.

Montants associés aux plans d'investissement

Source : IGAS/IGF ²³	Aides financées	Montant des opérations soutenues
Hôpital 2007	5,8 Mds €	16,8 Mds €
Hôpital 2012 – tranche 1	2,2 Mds €	5,6 Mds €
PRISM	0,75 Mds €	1,5 Mds €

Ces plans nationaux visent à la fois l'offre publique et privée : le rapport IGAS/IGF de 2013 fait état de 195 opérations privées sur les 633 validées dans le cadre du plan H2012, représentant 216 M€ d'aides sur 611 M€ de montants d'opération. Ce montant correspond à un taux d'aide de 35% d'aides, soit un taux inférieur aux 48% d'aides consenties d'une manière générale sur cette tranche, mais supérieur au taux alloué sur H2007 qui oscillait entre 20% et 30% pour les cliniques.

A sa création, le Fonds pour la Modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) absorbe les crédits alloués aux contrats de plan Etat-Région²⁴ et une part des budgets déjà alloués par l'assurance maladie en matière d'investissement. Dès la création du Fmespp, les différentes enveloppes sont concentrées au niveau régional

²³ IGAS/IGF, 2013, Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf

²⁴ La circulaire « H2007 » de mars 2003 assigne clairement aux ARH la responsabilité d'identifier des opérations auprès des établissements et d'engager les crédits, devant atteindre un montant cible d'opérations pour chaque région. L'utilisation est de la compétence exclusive des ARH (l'AP-HP bénéficiera d'une enveloppe dédiée à compter de 2004) ; l'information du conseil régional et des élus est prévue. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-31/a0312283.htm>

et abondées par les fonds de l'assurance maladie. La contractualisation du Fmespp est ainsi exclusivement une prérogative des agences régionales, l'échelon national n'ayant pas la possibilité de contractualiser directement ces crédits hormis pour les opérateurs nationaux (tels que l'Atih et l'Anap, par exemple ; la Méah et la MAINH précédemment citées étaient financées sur le Fmespp initialement). S'y ajoutent des crédits datant de la mise en place de la T2A (les Aides à la contractualisation ou AC) et les crédits rassemblés au sein du Fonds d'intervention régional lors de sa création (dont une partie des AC transférée) ; l'utilisation de ces crédits comporte un principe d'autonomie et de fongibilité régionale.

Par ailleurs, les crédits disponibles au moment du lancement des plans nationaux comportent un étalement dans le temps : les crédits annoncés pour une opération en année N sont en réalité étalés sur 8 à 20 ans. A ce titre, les établissements de santé touchent aujourd'hui encore des dotations pour les engagements pris dans le plan hôpital 2007, adoptés en 2003.

Malgré l'orientation en faveur d'une décision régionale, des besoins d'harmonisation entre régions et de supervision nationale vont apparaître au fil des allocations budgétaires et conduire l'échelon national à créer un Comité de validation des investissements. Ce comité est strictement interne à l'administration centrale ; il vise à instruire les débats interministériels avant arbitrage par les cabinets. Outre la validation initiale, il prend en charge la revue annuelle de l'avancement des projets acceptés, car il s'avère que les projets rencontrent des aléas d'exécution et qu'il est donc possible de moduler les délégations de crédits en fonction de leur avancement.

Ce comité coexiste avec une deuxième instance en charge des situations où l'administration centrale traite des risques de cessation de paiement, notamment de certains CHU : le Comité des risques financiers. Les plans nationaux d'investissement se percutent ponctuellement, mais de manière très visible, avec ces situations de déficit, donnant parfois le sentiment d'une incohérence dans la politique ministérielle ; c'est pour y remédier en interministériel que l'on fusionne les deux instances (validation des investissements, risques financiers) et que l'on crée le Copermo²⁵ en 2013.

Plusieurs dispositifs vont être lancés par l'échelon national pour structurer l'identification des priorités d'investissement par les ARH puis ARS, sans être pleinement opérationnels : les plans pluriannuels régionaux d'investissement (PPRI) sont institués en appui au Plan Hôpital de 2003, et les schémas régionaux d'investissement en santé sont créés en 2013²⁶. L'élaboration de ces schémas est néanmoins sollicitée à chaque fois dans des délais courts, et s'inscrit en relative déconnexion avec les autres efforts ministériels visant plutôt l'absence de régulation.

Enfin, les plans nationaux embrassent le souhait de « convergence » public-privé et donc de permettre la subvention d'opérations relevant du secteur privé à but lucratif.

S'agissant de l'offre privée à but lucrative, elle met en œuvre les orientations typiques d'un marché arrivé à maturité :

- constitution de grands groupes fédérant la majorité des établissements ;
- changement de l'actionnariat, avec l'introduction de sociétés d'investissement bénéficiant d'un changement de génération chez les cliniciens propriétaires, les fondateurs se trouvant au moment de leur départ à la retraite ;

²⁵ Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP no 2013-271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-08/ste_20130008_0000_0159.pdf

²⁶ INSTRUCTION N°DGOS/PF1/DGCS/ 2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS) <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37058>

- concentration de l'offre dans de plus gros établissements afin de gagner en taille critique, les fonds nécessaires étant apportés par les nouveaux actionnaires. L'Autorité de la concurrence fait d'ailleurs son entrée dans le paysage sanitaire afin de réguler les holdings entre elles.

Le savoir-faire en ingénierie financière suscite, en matière immobilière, l'entrée d'un nouveau type d'acteur : les foncières. En effet, la succession d'opérations de rachat sollicite fortement les capacités d'investissement des groupes²⁷ et dans ce cadre, il apparaît opportun de céder les murs des cliniques tout en conservant l'exploitation courante, ainsi que le contrôle des autorisations. C'est ainsi qu'émerge un nouveau spécialiste dans le champ de l'investissement, la société qui est propriétaire des murs et signe des baux à long terme avec la clinique qui s'y trouve installée. Cela représente aujourd'hui une part non négligeable du parc immobilier privé à but lucratif.

La mise en place des plans nationaux d'investissement ainsi que la plus grande latitude offerte aux établissements publics de santé en matière financière va également se traduire par un recours important à l'emprunt, et donc le développement de la dette hospitalière, qui passe de 12 à 30 Mds€ entre 2005 et 2014 parmi les Etablissements publics de santé (EPS)²⁸, avant de se stabiliser. Une nouvelle expertise se crée : au départ, certains établissements hospitaliers vont subir, à l'instar des collectivités, des aléas associés à des montages structurés ou complexes qu'ils maîtrisent mal, ainsi que la crise de la banque Dexia. Le développement d'une nouvelle expertise s'observe néanmoins par des initiatives telles que celle des CHU, qui iront jusqu'à constituer un Groupement de coopération sanitaire (GCS) en 2014 dédié à l'émission d'emprunts obligataires sur les marchés internationaux, le GCS « CHU de France Finance ».

Ce recours accru à l'emprunt bancaire va susciter d'abord un effort d'encadrement et de contrôle face aux risques financiers, avec des obligations accrues en matière de contrôle et d'autorisation a priori des emprunts des établissements publics de santé par les ARS dans le sillage de la première loi de programmation des finances publiques en 2011 ; puis par des mesures de compensation financière, avec des réflexions initiées en 2019 et qui aboutiront dans le cadre de l'épidémie Covid. Un mécanisme de reprise partielle de dette se met en place en 2020 et vient s'articuler avec les initiatives nationales de relance de l'investissement dans le cadre du Ségur en Santé (cf. document de travail sur le fonctionnement actuel).

Pour compléter le portrait, les enjeux de désertification médicale entraînent l'intervention plus forte des collectivités locales pour améliorer l'attractivité des locaux et encourager l'exercice coordonné. Plusieurs sources de financement vont apparaître :

- les communes, les départements et les régions mettent en place des dispositifs de subvention, sur leurs ressources propres, pour venir en appui à la construction ou la réhabilitation de locaux devant accueillir des médecins, et autres professionnels de santé ;

²⁷ Les analyses effectuées par la DREES au long cours sur la situation économique et financière des cliniques privées ne dénote pas de dégradation des indicateurs financiers de ces établissements. Le taux agrégé d'excédent brut d'exploitation rapporté au Chiffre d'Affaires connaît des fluctuations d'année en année, tout comme le niveau de résultat, mais est supérieur en 2019 au niveau de 1999 ou 2009. Ce fait ne doit pas masquer l'ampleur et l'effort des recompositions opérées pour maintenir ces indicateurs aux niveaux attendus, ce qui constitue en soi un objectif pour des cliniques à but lucratif. En outre, la part des amortissements a augmenté, signe d'un besoin accru d'investissement.

²⁸ De nombreux rapports sont consacrés à la dette hospitalière au fil des années : celui de l'IGAS/IGF réalisé en 2020, dans la perspective d'une reprise partielle de cette dette, fournit un panorama synthétique : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/276190_0.pdf

Pour l'analyse des montages structurés, cf. rapport annuel 2018 de la Cour des Comptes de 2018 : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/10-dette-hopitaux-Tome-2.pdf>

- l'Etat encourage ces initiatives à compter de 2005 en rendant ces opérations de travaux éligibles au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée (FCTVA), un dispositif qui dédommage les collectivités pour une partie significative des coûts supportés. Le dispositif est conditionné par l'éligibilité de certains territoires ruraux, et leur situation en matière de démographie médicale.

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

Le premier degré de concertation vient d'être évoqué, il est émergent : les élus locaux s'efforcent de maintenir une cohérence entre politiques publiques à l'échelle de leur territoire et cela les amène à organiser une intervention en investissement, même dans un champ dont la compétence ne leur est pas spécifiquement dévolue. Ces soutiens prennent plusieurs formes : facilitation des acquisitions foncières (ou garantie de reprise du site existant), soutien financier aux volets annexes à l'activité hospitalière tels que la recherche.

En outre, l'évolution de la doctrine des finances publiques va en partie prendre le contre-pied de l'évolution décrite ci-dessus. En effet, l'Etat instaure une obligation d'évaluation socio-économique préalable des grands investissements publics au travers de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) de 2012 ; le seuil est fixé aux projets de plus de 20 M€ hors taxes de travaux. Les collectivités locales n'y sont pas assujetties mais les établissements publics de santé s'y trouvent astreints, du fait des évolutions réglementaires précitées, qui les rattachent à l'Etat. C'est ainsi que la délégation d'autorité aux ARS se conjugue, pour le ministère en charge de la santé, avec une obligation de recensement des projets développés par les hôpitaux publics. Le ministère obtient la reconnaissance du Copermo comme instance déclinant, à l'échelle nationale, les exigences d'inventaire et d'évaluation dans le champ de la santé, pour le compte de la LPFP²⁹. Dans les « jaunes » budgétaires annexés au Projet de loi de finances (PLF), le champ sanitaire est d'ailleurs cité en exemple par le Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) parmi les différentes politiques publiques, pour l'effort accompli dans la déclinaison de cette politique d'évaluation.

La loi HPST se traduit par une modification du rôle de l'assemblée délibérante et par extension, du rôle des collectivités : le conseil de surveillance voit le champ de ses délibérations restreint, par rapport au conseil d'administration qu'il remplace. Les opérations foncières, les baux à long terme, le programme d'investissement font désormais l'objet d'un avis et non d'une décision, l'exécutif étant concentré au niveau du Directoire. Par ailleurs, la composition de cette instance est peu modifiée, alors que l'échelon intercommunal se généralise progressivement, et devient une obligation à compter de 2016.

Enfin, s'agissant de l'investissement informatique, il est caractérisé, à compter des années 2000, par des liens croissants entre politiques publiques. C'est le cas en particulier des *data centers*, dont le niveau d'investissement est exponentiel et suscite des coopérations avec le champ de la recherche, puis des *smart cities*. Les enquêtes nationales sur les systèmes d'information hospitaliers montrent une relative stabilité dans les dépenses réalisées par les établissements au fil des deux décennies sur ce champ, à la fois en termes de fonctionnement et d'investissement. Cela traduit en réalité un effort considérable de numérisation des pratiques soutenue par les exigences de certification des établissements, qui se poursuit à la hauteur des budgets que les établissements sont capables d'y allouer. L'affectation de ces dépenses en fonctionnement plutôt qu'en investissement existe également, avec le recours à des

²⁹ Instruction interministérielle no DGOS/PF1/DSS/1A/DB/6BCS/DGIFP/CL2A/2018/144 du 12 juin 2018 relative à la mise en place du comité de pilotage (COPI) du Grand plan d'investissement (GPI) dans le champ des investissements immobiliers hospitaliers. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-08/ste_20180008_0000_0083.pdf

abonnements plutôt qu'à l'acquisition de licences (immobilisables sur le plan comptable). L'explosion des usages numériques et mobiles s'accompagne de nouvelles exigences en matière d'interopérabilité ainsi que de cybervigilance vis-à-vis tant des professionnels que des usagers et des industriels, et conduit ainsi également à des approches transverses aux politiques publiques. A cet égard, les structures de santé sont prises dans un tiraillement multiple : elles administrent des données personnelles particulièrement sensibles, nécessitant une protection maximale, et dans le même temps ont une approche particulièrement pluridisciplinaire qui démultiplie les besoins d'échange d'informations avec des tiers pour leur fonctionnement quotidien ; elles sont embarquées dans des innovations biomédicales de pointe qui exigent un haut niveau de performance et dans le même temps, doivent garantir des solutions robustes et accessibles aux usagers quelles que soient leurs qualifications.

4. Conclusion sur la mise en perspective historique

Ces trois phases historiques trouvent une résonance avec l'analyse du pilotage de l'investissement en santé à l'étranger³⁰. Certains pays organisent aujourd'hui leur soutien à l'investissement de manière similaire au mode opératoire en vigueur en France tantôt dans les années 70, tantôt dans les années 1980. C'est le signe qu'au-delà d'un sentiment de modernité ou d'innovation dans les modes de pilotage, ce sont les éléments de contexte qui permettent d'apprécier l'adéquation des principes en vigueur : parc immobilier en croissance ou non, organisation de l'échelon communal, contexte macro-économique.

Il invite aussi à prendre en compte le « cycle de vie » du bâtiment, qui se réfléchit sur plusieurs décennies. Le parc immobilier actuel des établissements publics de santé a largement été établi sous impulsion d'une économie planifiée au niveau central, dans un contexte où la régulation urbaine était peu développée et l'échelon des collectivités locales disposait d'une autonomie toute relative. Dans la période qui a suivi, la régulation sanitaire a moins été amenée à s'articuler avec l'organisation territoriale alors même que celle-ci connaissait une évolution forte. Et les outils de régulation sanitaire, initialement établis dans une perspective de régulation de l'investissement, ont évolué pour s'adapter à d'autres enjeux que ceux de la construction.

Cette mise en perspective permet de saisir les éléments de contexte pertinents pour une comparaison internationale, afin de ne pas perdre de vue les facteurs qui influencent de l'extérieur les modes de régulation de l'investissement : organisation des collectivités locales, principes de régulation et de pilotage des opérateurs de santé ; différences d'affectation des ressources issues des prélèvements sociaux et fiscaux.

L'investissement dans le champ du premier recours, du biomédical et des systèmes d'information connaît également des spécificités qu'il est intéressant de développer au niveau international.

³⁰ Hcaam, *Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé - Volet international*, Document de travail, 2023

Annexe : un bâtiment peut-il être « aux normes » ?

Deux considérations tenant aux normes de construction méritent d'être abordées pour une meilleure compréhension des enjeux de l'investissement en santé.

Tout d'abord, alors que la « mise aux normes » est souvent invoquée comme argument pour justifier une réhabilitation, il est important de savoir qu'un bâtiment se trouve souvent à respecter et enfreindre, simultanément, les normes de construction : dès sa livraison parfois, il se trouve tout à la fois « hors » et « aux » normes.

En effet, à de rares exceptions un bâtiment respecte les normes en vigueur au moment de sa construction ; mais il se trouve frappé d'irrégularité dès lors que la norme évolue. Or les normes se trouvent à évoluer à des fréquences diverses, entraînant des non-conformités par rapport aux nouvelles règles. Les services de contrôle vont donc être amenés à distinguer trois situations :

- celle où la nouvelle norme vise à prévenir un risque imminent et où le constat de non-respect entraîne une exigence immédiate de travaux correctifs (c'est le cas en matière de sécurité incendie, par exemple) sous peine d'interdire l'exploitation du bâtiment
- celle où la nouvelle norme vise une amélioration de la sécurité ou d'autres performances (thermique, sismique...) et où la régularisation ne devient une exigence qu'à compter de la date où des travaux sont engagés pour d'autres raisons. C'est alors au stade du permis de construire que l'on vérifie que le maître d'ouvrage s'engage à remédier aux non-conformités
- enfin, on trouve les cas où la norme elle-même ne revêt pas un caractère opposable mais constitue plutôt une recommandation : son application comporte une balance bénéfice/coût favorable mais reste à l'appréciation du maître d'ouvrage.

Dans un contexte d'évolution normative permanente, le seul respect de la réglementation ne peut servir de critère pour apprécier l'urgence des travaux car la majorité de constructions comportent des non-conformités, qui sont plus ou moins impératives. C'est donc au regard des risques encourus, et d'une mitigation de ces risques, que le choix entre différentes réhabilitations peut s'opérer.

La seconde considération tient aux liens entre innovation et édiction de normes. Les mesures innovantes sont généralement jugées comme telles sur la base de leur rupture avec les normes en vigueur. L'analyse du champ de la construction illustre bien que la norme ne se situe pas en rupture avec l'innovation, mais en constitue au contraire une étape : celle du déploiement au plus grand nombre, après des phases plus expérimentales ou d'incubation. Le schéma de l'innovation dit de la « courbe en S » tient compte de ce fait, en positionnant l'édiction de normes à une étape clé de la diffusion de l'innovation.

Cette notion a son importance dans le champ hospitalier car eu égard à l'extrême diversité des métiers et activités d'un hôpital, celui-ci se trouve soumis à une multiplicité d'évolutions normatives constantes³¹ – et donc à la nécessité de juguler, en permanence, différents besoins d'investissement sur la base des risques perçus.

³¹ Jusqu'en 2009 et la loi HPST, le Ministère s'efforce de recenser l'ensemble des normes de construction applicables aux établissements de santé. Le recensement des textes, sans commentaire, représente plus de 40 pages : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_d_acces_a_la_reglementation_et_aux_recommandations_relatives_a_la_construction_et_au_fonctionnement_technique_des_etablissements_de_sante.pdf