



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales**

**Promotion 1999 - 2001**

*Date du Jury : 26, 27 et 28 février 2001*

---

**POLITIQUE D'INVESTISSEMENT  
DES HOPITAUX :  
LE ROLE DE L'ARH  
DES PAYS DE LA LOIRE**

---

**Maryvonne GAUDART**

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie Monsieur Benoît PERICARD, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire, qui a bien voulu me recevoir en stage d'exercice professionnel.

Je remercie Monsieur Laurent HABERT, Directeur Adjoint de l'ARH et maître de stage, pour m'avoir confiée cette étude et pour sa disponibilité.

Je remercie enfin toutes les personnes de l'agence, de la DRASS, de la DDASS et des autres institutions régionales qui m'ont aidé dans la rédaction de ce mémoire.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>I - ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET GESTION DES INVESTISSEMENTS DANS LA REGION PAYS DE LA LOIRE.....</b>	<b>9</b>
<b>1 PLANIFICATION RÉGIONALE ET MISE EN OEUVRE DE L'OFFRE DE SOINS....</b>	<b>9</b>
<b>1-1 les outils de la planification régionale de l'offre de soins.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 La carte sanitaire .....	10
1.1.2 Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire .....	10
1-1-3 Les programmes régionaux de santé .....	12
<b>1-2 Mise en oeuvre de l'offre de soins par les acteurs locaux .....</b>	<b>13</b>
1-2-1 Le projet d'établissement.....	13
1-2-2 Le programme d'investissement.....	14
1-2-3 Le contrat d'objectifs et de moyens .....	15
<b>2 LES FINANCEMENTS DES INVESTISSEMENTS .....</b>	<b>16</b>
<b>2-1 Les ressources tirées de l'exploitation.....</b>	<b>16</b>
2-1-1 La dotation régionale.....	16
2-1-2 le groupe IV des dépenses d'exploitation .....	17
2-1-3 Les excédents d'exploitation .....	18
<b>2-2 Les emprunts .....</b>	<b>18</b>
2-2-1 Les emprunts avec intérêts.....	18
2-2-2 Les prêts sans intérêts .....	18
<b>2-3 les subventions.....</b>	<b>19</b>
2-3-1 Les subventions versées par l'Etat .....	19
2-3-2 Les subventions versées par l' Etat et les collectivités locales : les contrats de plan Etat-Région.....	19
<b>2-4 La procédure budgétaire :</b>	
<b>outils de gestion des investissements hospitaliers.....</b>	<b>20</b>
2-4-1 Le budget : structure et approbation .....	20
2-4-2 La production du compte administratif.....	21

<b>3</b>	<b>LES MOYENS ET L'ORGANISATION DE L'ARH DES PAYS DE LA LOIRE</b>	
	<b>POUR LA GESTION DES INVESTISSEMENTS .....</b>	<b>22</b>
3-1	Ressources humaines à la disposition de l'ARH .....	22
3-2	Les prestataires de soutien en matière d'investissement.....	22
3-2-1	Le Trésor public.....	22
3-2-2	L'Ingénieur Régional de l'Equipement .....	23
3-3	Le guide des procédures.....	23
3-4	L'équipe contrat.....	24
<b>4</b>	<b>UN EXEMPLE DE GESTION DES INVESTISSEMENTS : CAS DU CENTRE</b>	
	<b>HOSPITALIER DE CHOLET .....</b>	<b>25</b>
4-1	La préparation et le suivi des investissements .....	25
4-1-1	La préparation par les directions fonctionnelles .....	25
4-1-2	Le suivi centralisé de la direction des finances de l'établissement.....	26
4-2	LES MODALITES DE GESTION.....	26
4-2-1	La gestion des frais financiers par l'utilisation optimale de la trésorerie .....	27
4-2-2	Les modes de gestion des emprunts .....	27
4-2-3	Les amortissements .....	28
4-3	Analyse des documents budgétaires et du projet d'établissement.....	28
4-3-1	Le budget primitif.....	29
4-3-2	Le compte administratif.....	29
4-3-3	Le projet d'établissement .....	30
<b>II</b>	<b>EXAMEN CRITIQUE DE LA GESTION DES INVESTISSEMENTS ET ACTIONS</b>	
	<b>CORRECTIVES PROPOSEES .....</b>	<b>31</b>
<b>1</b>	<b>EXAMEN CRITIQUE DE LA GESTION DES INVESTISSEMENTS .....</b>	<b>31</b>
1-1	Points forts de la gestion.....	31
1-1-1	Planification régionale et organisation de l'offre de soins .....	31
1-1-2	Les moyens de financement.....	33
1-1-3	L'organisation institutionnelle .....	33
1-2	Des éléments de gestion à améliorer .....	34
1-2-1	Planification régionale et organisation de l'offre de soins .....	34
1-2-2	Le programme d'investissement.....	35
1-2-3	Le suivi des moyens de financement.....	36
1-2-4	L'organisation institutionnelle .....	38

<b>2</b>	<b>LES ÉTUDES D'EXPERTS SUR LES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS ..</b>	<b>41</b>
2-1	<b>Les écarts entre gestion publique et gestion privée.....</b>	<b>41</b>
2-1-1	Le constat d'un coût plus élevé des investissements immobiliers hospitaliers publics .....	41
2-1-2	Les méthodes comparées du public et du privé .....	42
2-2	<b>Etude critique d'une gestion collective des investissements.....</b>	<b>43</b>
2-2-1	L'intérêt d'une négociation collective des emprunts .....	43
2-2-2	L'intérêt de la mutualisation des sections d'investissements hospitalières .....	43
2-2-3	Les désavantages de la mutualisation.....	44
<b>3</b>	<b>PROPOSITIONS D'ACTIONS CORRECTIVES .....</b>	<b>45</b>
3-1	<b>Moyens d'une planification régionale des investissements .....</b>	<b>46</b>
3-1-1	La nécessité d'une planification des investissements.....	46
3-1-2	La création d'une coordination régionale spécialisées.....	47
3-1-3	Le renforcement du rôle des équipes contrat.....	48
3-2	<b>L'optimisation des ressources destinées aux investissements.....</b>	<b>49</b>
3-2-1	La modulation des dépenses du groupe IV .....	49
3-2-2	La gestion des crédits non reconductibles de la dotation régionale .....	52
3-3	<b>Vers un meilleur emploi de la réglementation .....</b>	<b>52</b>
3-3-1	Associer le programme d'investissement au projet d'établissement .....	53
3-3-2	Valoriser les possibilités de la procédure budgétaire .....	53
3-3-3	Rationaliser et généraliser le PGF : outil de base des investissements.....	55
3-3-4	Exploitation des PGF annualisés pour le suivi des contrats.....	56
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>56</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>57</b>

## INTRODUCTION

Créées par l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont selon l'article L 710-18 du Code de la Santé Publique "pour mission de définir et mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, et de déterminer leurs ressources".

L'ARH des Pays de la Loire détermine l'offre de soins pour une population de 3 222 061 habitants en 1999 répartis sur cinq départements :

- Loire-Atlantique
- Maine-et-Loire
- Mayenne
- Sarthe
- Vendée

Cette offre est assurée par 169 établissements de santé (69 établissements publics, 58 cliniques et 42 établissements privés sous dotation globale). Les dépenses de santé en 1998 se sont élevées à 29,9 milliards de francs dont 16,8 milliards pour les établissements de santé. Les dépenses de santé sont constituées des dépenses de personnel travaillant dans les structures, des dépenses médicales liées à leurs activités de soins, des dépenses hôtelières et générales et des dépenses engagées pour le patrimoine. Ces dernières sont appelées dépenses d'investissement.

Les investissements hospitaliers représentent un des moyens de mise en oeuvre d'une politique régionale dont l'objectif principal est d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Ils concernent l'équipement médical et bio-médical, les services logistiques et administratifs, les bâtiments. Ils conditionnent en partie la sécurité des patients.

Dans le contexte actuel de maîtrise des coûts de santé, la réorganisation des soins ne peut être réalisée que par une meilleure coordination des budgets et des programmes de développement des établissements hospitaliers. Les moyens financiers dont disposent l'ARH des Pays de la Loire pour la mise en oeuvre de sa politique de santé s'élèvent annuellement à 13 milliards de francs. Cette somme est destinée à financer les établissements publics et privés sous dotation globale. Les dépenses d'investissement représentent 6% de ce budget

et participent activement à l'offre de soins et font évoluer le fonctionnement des établissements.

Lors de sa création, l'ARH a eu pour premier objectif de réorganiser l'offre de soins au niveau régional. Celui-ci a été atteint avec la rédaction du nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Il appartient aujourd'hui aux acteurs locaux de mettre en place les orientations du SROS par une réflexion globale sur le fonctionnement de leur établissement, en interne mais aussi en complémentarité avec les autres hôpitaux de leur territoire. A cet effet, ils doivent élaborer un projet de réorganisation des activités et des locaux dont l'impact financier et budgétaire devra être évalué et contrôlé. Le contrat d'objectifs et de moyens issu de l'ordonnance de 1996 permet à l'ARH de contractualiser avec l'établissement sur des engagements pluriannuels qui donnent à l'ensemble des partenaires une plus longue visibilité que l'annualité budgétaire. Cette vision pluriannuelle est indispensable pour la gestion des investissements.

Mais la démarche contractuelle ne doit pas privilégier les établissements les plus dynamiques au détriment des autres. C'est à l'ARH de veiller à réduire les inégalités sur son territoire et à assurer le développement de l'ensemble des établissements de santé à partir d'une véritable politique hospitalière, notamment au niveau des investissements. Cette politique déterminée et conduite par l'ARH doit s'appuyer sur une organisation structurée et des modalités d'allocation de ressources transparentes.

L'ARH des Pays de la Loire n'est pas la seule structure à conduire une réflexion sur la gestion des investissements. En raison du nombre de recompositions hospitalières programmées dans les SROS, cette préoccupation est devenue de plus en plus pressante pour toutes les ARH. D'ailleurs, à la demande d'une ARH, ce thème devrait être abordé dans une prochaine réunion nationale des Directeurs d'Agences. La planification des investissements sera sans doute à moyen terme un champ d'activité important des agences.

L'étude de la réglementation montre les étapes d'un parcours de contractualisation pour les acteurs locaux. Les moyens de financement tant budgétaires que financiers sont examinés avant de décliner l'organisation actuelle de l'ARH. La mise en place d'une gestion hospitalière des investissements sera examinée à partir du cas du centre hospitalier de Cholet.

Puis à partir d'un bilan du fonctionnement actuel, une étude portant sur les problèmes liés à la réglementation mais aussi à l'organisation institutionnelle sera évoquée avant de proposer un meilleur emploi de la réglementation et la mise en place d'une véritable politique régionale des investissements.

# **I - ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET GESTION DES INVESTISSEMENTS DANS LA REGION PAYS DE LA LOIRE**

Les investissements sont l'un des moyens stratégiques dont dispose l'ARH pour organiser l'offre de soins sur son territoire de compétence. Ces investissements font l'objet d'un financement spécifique qu'il convient de maîtriser au plan régional.

## **1 PLANIFICATION RÉGIONALE ET MISE EN OEUVRE DE L'OFFRE DE SOINS**

Pour organiser l'offre de soins au niveau régional, les ARH disposent d'outils de planification. Pour un développement cohérent du parc hospitalier, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a créé la carte sanitaire. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a instauré le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) pour une répartition optimale de l'offre de soins. L'ordonnance du 24 avril 1996 a renforcé le pouvoir directif des SROS en rendant ses annexes opposables à l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

### **1-1 LES OUTILS DE LA PLANIFICATION RÉGIONALE DE L'OFFRE DE SOINS**

La mise en oeuvre de la planification régionale repose donc sur la carte sanitaire et sur le SROS. Sur le plan juridique, chaque établissement doit se conformer aux orientations définies dans ces documents par l'ARH.

L'organisation sanitaire est basée sur une décomposition du territoire régional en secteurs sanitaires. La taille minimale d'un secteur sanitaire est de 200 000 habitants . La Région des Pays de la Loire est découpée en sept secteurs (annexe n° 1).

### **1.1.1 La carte sanitaire (article L 712-2 du code de la santé publique)**

Chaque secteur sanitaire fait l'objet d'un bilan des capacités autorisées pour chaque discipline médicale :

- médecine
- chirurgie
- gynécologie-obstétrique
- soins de suite et de réadaptation fonctionnelle
- psychiatrie.

A partir des évaluations des populations et des indices de besoins fournis comme références par l'administration centrale, l'ARH fixe les besoins pour chaque secteur d'activité.

Pour chaque secteur, la carte sanitaire fixe le nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation en ambulatoire nécessaires aux activités médicales. Il existe une carte sanitaire regroupant les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), une autre pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et une troisième pour la santé mentale. Ces cartes sont obligatoirement révisées tous les cinq ans. En région Pays de la Loire, les cartes MCO et santé mentale sont de juillet 1999, celle concernant les activités de moyen séjour de mars 2000.

La carte sanitaire détermine également les équipements lourds à mettre en place dans les 5 ans. Ceux-ci concernent les gros appareils médicaux comme les scanner, les IRM et les gamma-caméras.

La carte sanitaire est donc un outil quantitatif de planification. Mais c'est le SROS qui détermine la répartition géographique des installations et activités de soins.

### **1.1.2 Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (article L 712-3 du code de la santé publique)**

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) fixe pour cinq ans les objectifs prioritaires afin d'améliorer les réponses aux besoins et aux attentes des usagers. Il "comporte des principes, présente des objectifs, définit une organisation et en prévoit l'évaluation"<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> SROS 1999-2004 de la Région des Pays de la Loire

En région Pays de la Loire, le SROS médecine-chirurgie-obstétrique et le SROS psychiatrie ont été arrêtés le 6 juillet 1999. Ils ont été complétés par les volets "soins de suite et de réadaptation", "insuffisance rénale chronique" et "soins palliatifs" arrêtés le 17 mai 2000.

Les 4 principes forts du schéma de la région sont :

- qualité
- accessibilité
- subsidiarité
- complémentarité entre les établissements de santé.

Ils "marquent la volonté collective et démocratique de s'organiser afin d'assurer aux citoyens les services nécessaires à leur bien-être"<sup>2</sup>. Un chapitre du SROS MCO est consacré à la recomposition hospitalière. Ces restructurations déterminées à partir de "logiques médicale, géographique et fonctionnelle"<sup>3</sup> sont la base d'une répartition optimale des activités de soins. La recomposition de l'offre de soins suite à la parution du SROS conduit aujourd'hui à 5 fusions d'établissements publics ou publics/privés, certaines ont pour conséquence à moyen terme des constructions de structures nouvelles ( construction d'un établissement neuf entre Sablé et la Flèche dans la Sarthe, reconstruction du site de Machecoul).

En outre un addendum au SROS présente des cartes de complémentarité. Pour chaque secteur sanitaire, des cartes et fiches déterminent les territoires de complémentarité entre établissements (annexe 2). Il appartient aux établissements concernés de réfléchir sur les coopérations à mettre en place à l'intérieur de ces zones.

Il existe 8 formes juridiques de coopération hospitalière dont certaines ont pour vocation la gestion des investissements, à savoir :

- le syndicat hospitalier : il a pour vocation les travaux d'équipement, la centralisation des ressources d'amortissement, la gestion de la trésorerie et des emprunts des établissements.
- le groupement de coopération sanitaire : il est créé pour une gestion commune des équipements (blocs opératoires, imagerie médicale, équipements lourds)

---

<sup>2</sup> SROS 1999-2004 des Pays de la Loire

<sup>3</sup> SROS 1999-2004 des pays de la Loire

- la communauté d'établissements : elle réunit les établissements de santé assurant le service public hospitalier (publics et privés) et a pour objectifs de favoriser l'adaptation des établissements aux besoins de la population et de mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité notamment au niveau des services logistiques (blanchisserie, cuisine).

La réalisation des objectifs du SROS passe nécessairement par la réalisation d'investissements immobiliers et mobiliers, et l'acquisition de nouveaux appareils résultant des progrès techniques et de l'évolution des techniques médicales. Les principales opérations prévues par un SROS sont :

- les rapprochements d'établissements,
- les créations de plateaux techniques communs à plusieurs établissements.

En complément de cette planification géographique, les ordonnances de 1996 ont organisé une réflexion régionale sur des priorités de santé publique.

### **1-1-3 Les programmes régionaux de santé (article L 767 du code de la santé publique)**

L'organisation de l'offre de soins repose aussi sur la mise en oeuvre des Programmes Régionaux de Santé (PRS). Ces programmes sont décidés par la conférence régionale de santé publique qui se réunit annuellement pour déterminer les priorités de santé publique de la région. Pour la région Pays de la Loire la conférence a retenu 5 priorités régionales de santé : Alcool, SIDA, suicide, précarité, cancer. Chaque PRS conduit à une analyse approfondie des modes de prise en charge des patients par les différents acteurs concernés (décideurs, institutionnels, professionnels et associatifs). Les résultats de l'étude font l'objet d'un document définissant les mesures à mettre en place pour optimiser l'offre de soins dans ces domaines. L'élaboration et la mise en oeuvre des PRS sont coordonnés par le préfet de région.

L'ARH reçoit chaque année un rapport de la conférence régionale de santé publique et doit rendre compte annuellement dans un rapport d'activité, des actions réalisées sur les thèmes régionaux prioritaires. La mise en oeuvre de ces actions peut nécessiter l'adaptation des structures de soins. Celle-ci pourrait conduire à des investissements hospitaliers même si aujourd'hui les besoins concernent essentiellement les moyens en personnel.

La concrétisation de la politique régionale de santé fixée par ces différents outils de planification, se décline obligatoirement au niveau de chaque établissement de santé.

Pour se conformer aux prescriptions définies dans ces documents, chaque structure doit conduire une réflexion sur sa place dans l'offre de soins et sur les objectifs à atteindre pour répondre au mieux aux besoins de la population accueillie.

## **1-2 MISE EN OEUVRE DE L'OFFRE DE SOINS PAR LES ACTEURS LOCAUX**

La mise en place de l'offre de soins dans les établissements de santé comprend trois étapes importantes.

### **1-2-1 Le projet d'établissement (article L 714-11 du code de la santé publique)**

Le projet d'établissement est une innovation de la loi hospitalière de juillet 1991. Il est élaboré par les hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Il fixe pour une durée de cinq ans les objectifs en matière d'évolution médicale, de fonctionnement et de coopération entre les établissements de santé. Le projet est approuvé par le directeur de l'ARH.

Le projet d'établissement est un "instrument de prospective permettant à l'établissement de prendre en main plus largement son destin"<sup>4</sup>. C'est le directeur qui prépare le projet d'établissement qui repose sur la "mise en cohérence de quatre sous-projets :

- projet médical
- projet de service
- projet de soins infirmiers
- projet social"<sup>1</sup>.

L'ensemble des documents sont présentés au conseil d'administration de l'établissement qui délibère sur le projet.

La grande majorité des projets d'établissement prévoient une construction neuve ou la rénovation des locaux, ou l'acquisition de nouveaux appareils. Ils intègrent une forte composante "investissements" qui doit par ailleurs faire l'objet d'un programme d'investissement dont les modalités financières seront fixées par la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens.

---

<sup>4</sup> Mots clés de planification sanitaire – sous la direction d'Alain Jourdain et Isabelle de Turenne

Les deux éléments forts dans la mise en oeuvre de la politique d'investissement des hôpitaux sont l'élaboration d'un programme d'investissement et du contrat d'objectifs et de moyens.

### **1-2-2 Le programme d'investissement (décret n° 92-1355 du 24 décembre 1992)**

La publication d'un décret spécifique aux programmes d'investissement des établissements publics de santé montre bien l'importance d'une maîtrise des investissements. En effet tous les investissements s'inscrivent dans la durée (de trois ans à vingt ans ou plus pour les durées d'amortissement). Les objectifs de ce décret sont triples :

- assurer une cohérence financière globale de l'ensemble des opérations,
- effectuer un contrôle sélectif,
- approuver un programme en se fondant sur une information de qualité.

Le programme d'investissement concerne toutes les opérations de travaux et les opérations concernant les équipements matériels lourds. Sa cohérence financière est assurée par le Plan Global de Financement (PGF) pluriannuel (annexe n° 3) joint au programme d'investissement. Il permet une vision globale et cohérente des choix stratégiques de la structure. En effet, il concerne tous les investissements quelque soit leur montant, c'est ainsi que les investissements courants des structures doivent être intégrés au PGF. L'objet du PGF est d'indiquer l'incidence de l'investissement sur l'ensemble de l'établissement, au-delà des seuls frais liés aux amortissements et aux charges financières. L'impact sur les autres groupes de dépenses est donc pris en compte.

Le programme d'investissement donne lieu à deux approbations :

- approbation de la délibération du programme par l'ARH
- approbation de l'Avant Projet Sommaire (APS) pour les opérations dépassant un seuil fixé par arrêté.

En effet, la réglementation a privilégié l'examen d'opérations importantes et structurantes en fixant des seuils de coûts par l'arrêté du 24 septembre 1993. Les opérations de travaux dont le montant est supérieur à 10 MF pour un CHU et 5 MF pour les autres établissements publics de santé doivent faire l'objet d'un dossier complémentaire spécifique dont la composition est fixée par arrêté du 8 mars 1993. Pour chaque opération individualisée,

l'établissement doit transmettre à l'ARH un rapport de présentation rédigé par le chef d'établissement et un dossier technique s'appuyant sur l'Avant Projet Sommaire (APS).

L'approbation d'un programme d'établissement vaut autorisation de "réaliser" mais pas celle d' "engager". L'engagement du programme reste subordonné à son financement. La prise en charge d'un programme d'investissement devrait être liée à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens.

### **1-2-3 Le contrat d'objectifs et de moyens (art L 710-du Code de la Santé Publique)**

L'ordonnance du 24 avril 1996 rend obligatoire la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour tout établissement de santé public. Selon l'ordonnance, le contrat doit :

- déterminer les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs des SROS,
- favoriser la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements ainsi qu'aux actions de coopération hospitalières,
- définir les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, ainsi que la mise en oeuvre des orientations de la conférence sanitaire de santé,
- prévoir les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation.

Le contrat lie, sur des engagements précis, l'ARH et les représentants de l'établissement de santé (Directeur et Président de conseil d'Administration ). L'établissement de santé connaît ainsi les moyens supplémentaires pluriannuels que l'ARH mettra à sa disposition pour réaliser les objectifs contractuels. Les contrats négociés entre l'ARH et tous les établissements de santé, publics et privés portent sur une durée de trois à cinq ans.

Une étude menée sur les 10 contrats d'objectifs passés par l'ARH des Pays de la Loire montre que la part des investissements représentaient 17% du coût prévisionnel des contrats soit 43 MF sur un montant global de 250 MF.

Le contrat d'objectifs et de moyens s'articule bien entre la planification et l'allocation de ressources. Le contrat semble le support logique de la politique de l'ARH en matière

d'investissement, compte tenu du caractère généralement pluriannuel des engagements souscrits en terme de financement d'investissements importants et de la durée de réalisation des programmes d'investissement.

## **2 LES FINANCEMENTS DES INVESTISSEMENTS**

Les règles fixées par l'Administration Centrale en matière de financement des investissements sont :

- 40% par autofinancement au minimum,
- 60% par emprunt au maximum.

Les ressources de financement des investissements sont :

- l'autofinancement (ressources tirées de l'exploitation),
- les emprunts,
- les subventions.

### **2-1 LES RESSOURCES TIREES DE L'EXPLOITATION**

Les ressources tirées de l'exploitation constituent la capacité d'autofinancement des établissements. Elles comprennent :

- des crédits ouverts au groupe IV du budget des établissements (financés par la dotation régionale),
- des résultats d'exploitation.

#### **2-1-1 La dotation régionale**

Le Parlement fixe chaque année l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) en votant la loi de financement de la Sécurité Sociale. Cet objectif est réparti au niveau régional par les services centraux du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité à partir des dépenses accordées l'année précédente, et dans un but de réduction des inégalités entre les régions le taux d'évolution de l'enveloppe est régionalisé. Cette enveloppe appelée dotation régionale est limitative. Sa consommation est contrôlée par l'administration centrale à partir de l'application nationale GEODE renseignée par les DDASS et les DRASS.

La dotation régionale est destinée à financer le fonctionnement des établissements de santé sous dotation globale, et à mettre en oeuvre les orientations de la politique sanitaire nationale et régionale. A partir de cette dotation régionale, l'ARH fixe chaque année le

budget des hôpitaux publics et privés à but non lucratif, sous dotation globale, dont le montant de leurs dépenses du groupe IV.

### **2-1-2 le groupe IV des dépenses d'exploitation**

La réglementation comptable budgétaire hospitalière a rassemblé les comptes d'exploitation en quatre groupes fonctionnels. Les dépenses de personnel (comptes 63 et 64) ont été regroupés dans le groupe I, les dépenses médicales (frais de pharmacies et maintenance médicale) dans le groupe II. Les dépenses hôtelières et générales ont été rassemblées dans le groupe III, et celles liées à l'investissement dans le groupe IV.

Le groupe IV s'intitule : "dépenses d'amortissement, frais financiers et provisions".

Sur le plan comptable, les investissements sont financés différemment des frais d'entretien. L'entretien est préventif ; il permet de maintenir des locaux dans de bonnes conditions d'utilisation. Les dépenses correspondantes sont inscrites au groupe fonctionnel n° III (compte 615). Les investissements s'inscrivent nécessairement dans la durée (plus d'un an) et sont financés par le groupe IV par des crédits d'amortissement, et par des frais financiers dans le cas où les biens sont financés par l'emprunt.

Les amortissements (compte 68) sont définis par le plan comptable général comme la réduction irréversible du montant des immobilisations, répartie sur une période déterminée. L'amortissement a pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actifs et d'en assurer la reconstitution.

Comptablement l'amortissement est une dépense d'exploitation non décaissable (elle ne donne pas lieu à un paiement). Cette dépense d'exploitation est par l'écriture en partie double une ressource de la section d'investissement (haut du bilan annualisé).

Les crédits ouverts sur ce groupe IV des dépenses d'exploitation conditionnent en grande partie les possibilités d'investir des établissements. Le groupe IV représente entre 6% et 15% du budget d'un établissement. Il est composé des comptes suivants :

- le compte 66 : frais financiers
- le compte 67 : charges exceptionnelles
- le compte 68 : amortissements.

### **2-1-3 Les excédents d'exploitation**

Les résultats sont positifs lorsque le montant des dépenses est inférieur à celui des recettes. Cette différence porte le nom d'excédent d'exploitation.

La réglementation comptable applicable aux structures sous dotation globale ouvre la possibilité aux établissements de réserver l'excédent d'exploitation à des opérations d'investissement. Cette somme est inscrite alors au passif du bilan et est un des moyens financiers dont disposent l'établissement pour couvrir les immobilisations (actif du bilan / voir annexe 4).

## **2-2 LES EMPRUNTS**

### **2-2-1 Les emprunts avec intérêts**

Pour financer leurs investissements, les établissements peuvent contracter des emprunts auprès des banques. Le montant des emprunts est limité à l'ouverture de crédits inscrite au compte 16 (ressources) de la section d'investissement.

### **2-2-2 Les prêts sans intérêts**

Depuis plusieurs années, les caisses d'assurance maladie participent au financement des investissements sanitaires sous la forme de prêts sans intérêt. En 1983 ces prêts ont été suspendus par décision ministérielle, puis autorisés à nouveau en 1986. Ce dispositif concernait jusqu'en 1998 l'accompagnement des restructurations hospitalières.

En 1998 le conseil d'administration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), lors de l'examen du budget du fonds National d'Action Sanitaire et Sociale, a décidé le retrait de l'Assurance Maladie du financement de l'équipement hospitalier. Les crédits seront désormais destinés aux équipements pour personnes âgées et handicapées. L'enveloppe s'élève à 12,6 MF pour l'année 2000.

Par ailleurs, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) a délégué à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) une dotation allouée sur le fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées au titre de l'action immobilière, soit une somme de 29,4 MF.

## **2-3 LES SUBVENTIONS**

### **2-3-1 Les subventions versées par l'Etat**

Par décret n° 98-951 du 26 octobre 1998, l'Etat a instauré un dispositif d'accompagnement des restructurations hospitalières. Il comprend deux fonds d'intervention :

- le Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux (FIMHO) financé exclusivement par des crédits d'Etat,
- le Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des établissements de santé (FASMO), financé par une contribution des régimes obligatoires d'Assurance Maladie.

En région Pays de la Loire, 8 dossiers ont été retenus et transmis à l'Administration Centrale dans le cadre du FIMHO 2000. Le FIMHO a pour vocation d'attribuer des subventions d'investissement aux établissements sous dotation globale qui présentent des projets contribuant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers régionale. Une somme de 500 MF a été déléguée au niveau national pour couvrir les besoins. La subvention attribuée est comprise dans une fourchette de 20% à 50% de l'investissement.

### **2-3-2 Les subventions versées par l'Etat et les collectivités locales : les contrats de plan Etat-Région**

Le contrat de Plan Etat-Région des Pays de la Loire pour la période 2000-2006 signé le 20 avril 2000, comporte 13 programmes dont le n° 10 portant sur les secteurs santé et social. Ce programme comporte plusieurs objectifs. Dans le cadre de l'objectif n° 3 intitulé "Renforcer la solidarité et la cohésion territoriale" les priorités retenues sont :

- achever le programme d'humanisation des hospices engagé dans les deux contrats de plan précédents,
- rénover des établissements d'accueil médicalisés de personnes âgées pour favoriser la mise en sécurité des établissements publics,
- apporter une aide financière à la construction d'unités pour adultes lourdement handicapés et moderniser et mettre en sécurité les établissements pour handicapés,

- développer une politique de santé publique par des actions spécifiques d'information et de prévention des conduites à risque (alcool, tabac, drogue, etc.),

- accompagner les établissements hospitaliers dans le développement de la télémédecine pour optimiser la répartition de l'offre de soins. La constitution d'un réseau haut débit devrait permettre la connexion d'une vingtaine d'établissements de la région. La mise en place de la télémédecine pourrait s'accompagner d'un apport du Fonds National d'Aide au Développement Territorial (FNADT) principalement pour financer l'investissement.

Le montant du contrat de plan s'élève à plus de 11 milliards de francs. Chaque partenaire participe à son financement comme suit :

- Etat : 4,5 milliards,
- Région : 4,1 milliards,
- autres collectivités : 2,5 milliards.

## **2-4 LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE : OUTIL DE GESTION DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS**

C'est dans le cadre de la procédure budgétaire fixée par le code de la santé publique que les crédits sont affectés aux établissements. Cette procédure comprend deux étapes importantes :

- l'approbation du budget
- la production du compte administratif

### **2-4-1 Le budget : structure et approbation**

Un établissement public de santé peut se composer de plusieurs budgets, et donc de plusieurs groupes IV de dépenses autorisés par des financeurs distincts :

Sont sous compétence ARH :

1° - en section d'exploitation

- le budget principal pour les activités de court et moyen séjour ,
- le budget annexe "Unité de soins de Longue Durée" pour les seules activités de soins.

2°- la section d'investissement (une section d'investissement unique pour chaque établissement). Le budget correspondant se subdivise en groupes fonctionnels :

- en dépenses :

- le remboursement de la dette (groupe I)
- les immobilisations retenues pour chaque secteur d'activité (groupe II)

- en recettes :

- les emprunts destinés à financer les immobilisations (groupe I)
- les amortissements retenus en section d'exploitation (groupe II)
- les provisions acceptés en section d'exploitation (groupe II)
- les subventions (groupe II)

Les provisions sont des crédits ouverts pour financer des grosses réparations (exemples : réparation d'une chaudière, d'une toiture). Ces provisions participent à la trésorerie de l'hôpital. Elles sont destinées à des opérations particulières et ne doivent pas rester inscrites au bilan plusieurs années. L'instruction comptable M 21 prévoit une durée limitée pour la reprise de ces provisions.

Sont sous autres compétences, en section d'exploitation :

- le budget annexe "Maison de retraite" pour les seules activités de soins est sous compétence du Préfet
- les budgets annexes "Unité de soins de longue durée" et "Maison de retraite" pour l'hébergement et la dépendance sont sous compétence du Président du Conseil Général.

#### **2-4-2 La production du compte administratif**

Il retrace les dépenses réelles de l'année. Il fait apparaître par budget les résultats d'exploitation (déficit ou excédent). Il est accompagné d'un rapport du receveur sur la situation financière de l'établissement.

La reprise des résultats d'exploitation de chaque budget relève de l'autorité compétente. Dans le secteur sanitaire, c'est une délibération du conseil d'administration soumise au contrôle de légalité qui fixe les modalités de couverture des déficits et de reprise des excédents. C'est donc le conseil d'administration qui décidera de l'inscription d'un excédent à la section d'investissement.

En ce qui concerne la section d'investissement, seules les dépenses mandatées apparaissent au compte administratif. Les dépenses et recettes non réalisées et ou seulement engagées sont reportables d'une année sur l'autre. La section d'investissement

peut se présenter une année en déficit, mais elle ne peut pas afficher un résultat cumulé déficitaire.

### **3 LES MOYENS ET L'ORGANISATION DE L'ARH DES PAYS DE LA LOIRE POUR LA GESTION DES INVESTISSEMENTS**

#### **3-1 RESSOURCES HUMAINES A LA DISPOSITION DE L'ARH**

La mise en place des agences régionales de l'hospitalisation avait pour but de fédérer l'Etat et les organismes d'assurance maladie pour une gestion homogène des dépenses d'hospitalisation. L'Agence dispose ainsi de personnels de différentes institutions pour mettre en oeuvre sa politique régionale. Elle assure une coordination des missions de ses partenaires. L'équipe ARH des Pays de la Loire est composée du directeur, d'un directeur-adjoint et de 4 chargés de mission.

Par ailleurs, dans le cadre de la convention liant les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie, un effectif de 90 Equivalent Temps Plein (ETP) de personnels est mis à disposition de l'ARH.

Ces personnels proviennent des cinq Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de la région, de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), des organismes d'assurance maladie de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), du service médical régional, de la Mutualité Sociale agricole (MSA) et de la Caisse Mutuelle Régionale (CMR).

#### **3-2 LES PRESTATAIRES DE SOUTIEN EN MATIERE D'INVESTISSEMENT**

##### **3-2-1 Le Trésor public**

Le Trésor public a institué, dans le cadre de la régionalisation, une mission d'expertise économique et financière. Cette mission a pour rôle de répondre aux questions des décideurs publics (Préfet, collectivités territoriales, ARH) lorsqu'ils envisagent des projets d'investissements engageant des financements publics.

Cette mission est un expert financier régional.

L'ARH fait régulièrement appel aux services de cette mission pour connaître les possibilités financières d'un établissement devant engager une opération immobilière lourde.

Pour chaque projet d'investissement, la mission forme une équipe sur mesure adaptée à la prestation demandée. Elle est placée auprès du trésorier payeur de la région et est animée par un receveur des finances.

### **3-2-2 L'Ingénieur Régional de l'Equipement**

Il est détaché à la DRASS. Il est la personne référente sur le plan technique en matière d'architecture. C'est un expert de la construction. Il est sollicité pour donner un avis sur les dossiers d'investissement des établissements sanitaires et médico-sociaux notamment dans le cadre du programme d'investissement. Il étudie toutes les opérations soumises dans le cadre de la réglementation à l'approbation d'un APS. C'est le seul spécialiste technique compétent pour évaluer un projet.

La multiplicité des partenaires à conduit l'ARH à établir un guide de procédures afin de clarifier son fonctionnement. Régulièrement mis à jour, le dernier date de septembre 1999. Ce guide précise l'intervention des différents partenaires dans l'instruction des dossiers présentés par les établissements.

### **3-3 LE GUIDE DES PROCÉDURES**

Le guide est un recueil de fiches sur les différents dossiers à instruire pour l'application de la réglementation. Il se compose de fiches classées de la façon suivante :

- les établissements de santé publics,
- les établissements de santé privés,
- les établissements de santé publics et privés.

La fiche programme d'investissement (annexe 5) rappelle les différentes étapes de la procédure. Elle indique les délais d'approbation de la délibération correspondante, la procédure à suivre pour la transmission du document, les conditions d'émission des avis des institutions membres, l'instruction des dossiers par la DDASS, le recours éventuel à la mission d'expertise et financière du Trésor public et la préparation de la présentation du dossier devant la Commission Exécutive de l'Agence. Le responsable de la rédaction du courrier d'envoi du programme d'investissement est précisé, de même que son signataire.

Le guide de procédure précise les rôles.

L'instruction de dossiers par la DDASS, à savoir :

- le projet d'établissement,
- le programme d'investissement,
- la procédure budgétaire,
- la communautés d'établissements,
- le groupement de coopération sanitaire,
- le réseau de soins.

La DRASS est responsable du suivi de la consommation de la dotation régionale

Par ailleurs, l'ARH Pays de la Loire a mis en place un dispositif spécifique pour la négociation des contrats d'objectifs et de moyens. Toutes les institutions membres de l'Agence travaillent en synergie au sein de groupes de travail appelés "équipes contrats".

### **3-4 L'EQUIPE CONTRAT**

Selon l'importance des départements, une ou plusieurs personnes issues des institutions membres de l'ARH ont été désignées négociateur territorial. L'ARH a missionné, sous couvert de son supérieur hiérarchique, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens, un cadre responsable de la conduite des négociations (attaché CRAM, inspecteur DDASS ou DRASS, ou médecin). Chaque année, le négociateur élabore un programme de négociation avec les établissements de son territoire. Celui-ci doit être validé par le Directeur de l'Agence.

Pour négocier, le négociateur territorial s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire regroupant l'ensemble des partenaires de l'ARH, à savoir :

- la DDASS (le médecin inspecteur de santé publique et l'inspecteur ou l'inspecteur principal)
- la CRAM (un attaché)
- l'Echelon Régional du service médical (le médecin conseil CRAM)
- l'Echelon local du service médical (le médecin conseil CPAM)
- la DRASS (le médecin inspecteur de santé publique et/ou l'inspecteur)

Le négociateur territorial peut être mandaté par le directeur de la DDASS pour instruire le dossier concernant le projet d'établissement. Suivant le guide de procédure son avis doit être sollicité sur l'ensemble des étapes réglementaires.

Les investissements sont un des moyens stratégiques de l'ARH et des établissements pour organiser l'offre de soins. Les procédures de suivi et de financement de ceux-ci relèvent d'une réglementation à caractères multiples que l'ARH doit faire appliquer aux acteurs locaux.

Pour la mise en oeuvre des investissements, certains établissements de santé, ont mis en place une organisation interne pour respecter les procédures et pour assurer une gestion budgétaire et financière efficace.

## **4 UN EXEMPLE DE GESTION DES INVESTISSEMENTS : CAS DU CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET**

Ce chapitre a pour objet de montrer un exemple des problématiques soulevées par la gestion des investissements au sein d'un centre hospitalier, même si l'ARH n'intervient pratiquement pas dans les modalités de gestion quotidienne.

Situé dans le département du Maine et Loire à 60 kilomètres de Nantes, il dispose de 569 lits d'hospitalisation complète et de 119 places d'alternatives à l'hospitalisation. Le secteur personnes âgées comporte 150 lits. Son effectif est de 1223 ETP.

Le budget d'exploitation sanitaire s'élève à 500 MF, dont 29 MF pour le groupe de dépenses IV, soit 5,8% des dépenses. Les dépenses d'investissement prévisionnelles pour la période 2001-2005 s'élèvent à 215 MF, soit une dépense annuelle moyenne de 43 MF.

L'hôpital est structuré en directions fonctionnelles qui sont chacune responsables des investissements de leurs secteurs.

### **4-1 LA PRÉPARATION ET LE SUIVI DES INVESTISSEMENTS**

La préparation et le suivi des investissements reposent sur une organisation interne à la fois autonome et centralisée

#### **4-1-1 La préparation par les directions fonctionnelles**

L'hôpital est divisé en trois directions fonctionnelles :

- la direction des travaux

- la direction des services économiques
- la direction des finances et du système d'information

Chaque direction est chargée d'établir un plan pluriannuel des investissements courants sur cinq ans en cohérence avec le schéma directeur de l'établissement. Chaque opération prévue est inscrite avec le coût correspondant. Le directeur des finances établit un budget prévisionnel d'ensemble lié aux demandes par compte budgétaire.

Les demandes sont examinées en réunion réunissant les directeurs fonctionnels et le directeur. Le directeur de la structure décide des priorités d'investissement pour obtenir un plan pluriannuel équilibré compte tenu des ressources de l'établissement. Ce plan est décliné en programmes annuels.

En début d'exercice budgétaire chaque direction connaît, compte par compte, les opérations programmées et les crédits affectés. Ce plan fait ensuite l'objet d'un suivi rigoureux grâce à une organisation performante.

#### **4-1-2 Le suivi centralisé de la direction des finances de l'établissement**

Toutes les dépenses de l'établissement sont suivies grâce au logiciel MALT, logiciel mis en place au niveau régional par le groupement d'intérêt économique chargé des applications informatiques. MALT est en réseau ; le receveur de l'établissement dispose donc du même outil.

Chaque direction fonctionnelle dispose d'une enveloppe annuelle de crédits pour effectuer ses investissements. Elle possède une autonomie complète de gestion. Chaque dépense de l'établissement (investissements et exploitation) engagée est saisie dans MALT. Le mandatement de la dépense fait ensuite l'objet d'une nouvelle saisie. Un contrôle portant sur la consommation des crédits est effectué régulièrement par la direction des finances de l'établissement, et tous les trois mois des réajustements de coûts sont opérés notamment sur le coût prévisionnel des investissements.

La direction des finances est seule chargée d'optimiser le financement des investissements.

#### **4-2 LES MODALITES DE GESTION**

Le financement budgétaire des opérations est assuré par le groupe IV des dépenses qui comprend deux comptes principaux :

- les frais financiers
- les amortissements

Mais c'est aussi à partir des éléments financiers de sa structure que l'hôpital va gérer ses investissements.

#### **4-2-1 La gestion des frais financiers par l'utilisation optimale de la trésorerie**

Les frais financiers concernent les charges d'intérêts liés aux emprunts. Mais l'établissement n'est pas obligé d'emprunter s'il possède un disponible monétaire sur son compte au Trésor. Le mandatement des opérations d'investissement est alors réalisé à partir de la trésorerie de l'établissement. C'est donc par une gestion rigoureuse de la trésorerie que le directeur financier va limiter son recours à l'emprunt et donc minimiser ses charges d'intérêts.

Tous les jours, un agent de la direction financière contacte le receveur pour connaître la situation financière de l'hôpital. En fonction de la trésorerie disponible journalière calculée à partir des encaissements et des décaissements réalisés, des dépenses et des recettes de la journée, la direction financière calcule son besoin en trésorerie. Et c'est à ce moment là que le directeur des finances décide ou non d'activer sa ligne de trésorerie.

Cette ouverture d'une ligne annuelle de trésorerie auprès d'un organisme prêteur est autorisée chaque année par une délibération du conseil d'administration. L'ouverture de crédits autorisés s'élève à 30 MF. Le conseil d'administration décide sur la base d'une note de la direction des finances présentant les propositions formulées par les organismes prêteurs et l'étude de ces propositions. Cet emprunt est remboursable dès que la situation budgétaire le permet (le lendemain par exemple) et ne génère pour l'établissement que des frais financiers. En 1999 l'ouverture de cette ligne de trésorerie a coûté à l'hôpital 54 130 F. Les taux d'intérêt des emprunts à court terme sont aujourd'hui plus intéressants que les taux à moyen et long terme.

En fin d'exercice, le centre hospitalier de Cholet contracte des emprunts pour équilibrer sa section d'investissement.

#### **4-2-2 Les modes de gestion des emprunts**

La gestion des emprunts dans les établissements de santé est devenu très complexe par la multiplicité des caractéristiques des offres.

C'est pourquoi l'établissement met en concurrence l'ensemble des banques de sa ville siège mais aussi celles des villes importantes à proximité. Chaque proposition est examinée en fonction des critères de sélection établi par le service financier. Certains critères font l'objet d'une pondération interne en raison de leur impact financier comme le taux de marge (prélèvement forfaitaire de la banque sur les emprunts) ou la rapidité de disponibilité des fonds (un ou plusieurs jours de délai demandés par la banque pour verser les fonds) .

L'hôpital privilégie également les Ouvertures de crédits à Long Terme Renouvelable (OLTR) par rapport à un emprunt classique (durée et intérêts fixes) pour les raisons suivantes. Les caractéristiques d'un OLTR sont :

- emprunt renouvelable donc remboursable à tout moment. Cette possibilité permet de réduire les frais financiers,
- mais obligation de "rentrer" la dette restante contractuelle en fin d'exercice même si au cours de l'année la trésorerie de l'établissement a permis un remboursement supérieur au montant annuel calculé au prorata de la durée de l'emprunt. Cette obligation fausse l'interprétation du bilan.

#### **4-2-3 Les amortissements**

En fin d'exercice le directeur des finances ajuste les amortissements. Une baisse du montant des frais financiers permet de dégager des crédits disponibles sur le groupe de dépenses IV. Ces économies peuvent servir soit à financer des besoins budgétaires non couverts sur d'autres groupes fonctionnels, soit à raccourcir des délais d'amortissement. Dans le cas contraire l'établissement peut être amené à différer des amortissements. C'est ainsi qu'en 1999, l'établissement a reculé d'un an des amortissements pour une somme de 900 000 F. Cette mesure a fait l'objet d'une délibération en conseil d'administration approuvée ensuite par l'ARH.

Le centre hospitalier estime être transparent sur ses modes de gestion dans sa présentation de la situation budgétaire et financière de l'établissement à l'ARH

#### **4-3 ANALYSE DES DOCUMENTS BUDGETAIRES ET DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

Dans le cadre de la procédure budgétaire, le centre hospitalier de Cholet transmet son budget prévisionnel et son compte administratif. Actuellement son projet d'établissement est

en cours de formalisation. Les documents transmis à l'ARH servent de document de travail à l'intérieur de l'établissement.

#### **4-3-1 Le budget primitif**

Il comprend un volet spécifique sur le programme d'investissement. Il présente toutes les opérations inscrites au budget 2001, compte par compte. Une comparaison avec l'année précédente est réalisée sur les différents postes de dépenses.

Un plan global de financement pluriannuel actualisé est inclus dans le document budgétaire accompagné d'une projection de la section budgétaire sur cinq ans. Ce plan est en cohérence avec la section d'investissement.

#### **4-3-2 Le compte administratif**

Le document budgétaire du compte administratif est accompagné d'un bilan financier rédigé par le directeur des finances.

Dans ce document, le centre hospitalier justifie l'évolution du groupe IV. Il indique concernant certains biens acquis au cours de l'année 1998, qu'une dérogation ponctuelle a été accordée pour reporter au 1er janvier 2000 l'amortissement de ces biens. (matériel de laboratoire, de stérilisation, travaux de mise en sécurité, réfection de soins). Les crédits ainsi dégagés sont venus couvrir des besoins en charges de personnel notamment le paiement de la prime de service. Les projections des charges financières en 2000 permettront d'absorber ce report.

La section d'investissement fait l'objet d'une étude particulière. Toutes les opérations mandatées sur l'exercice sont indiquées. L'analyse des recettes montre que l'établissement a bénéficié d'un prêt sans intérêt de la CRAM pour le financement de la restructuration des bâtiments du service de rééducation fonctionnelle.

Une partie du document concerne l'analyse financière de l'établissement. Cette étude porte sur l'évolution des années 1992 -1999, et notamment sur :

- la capacité d'autofinancement de l'hôpital,
- les restes à recouvrer,
- les dettes à court terme,
- l'endettement à long terme,
- les investissements.

L'établissement fournit aussi un bilan

### **4-3-3 Le projet d'établissement**

Le centre hospitalier de Cholet élabore actuellement son projet d'établissement pour les années 2001 - 2005. Celui-ci a été construit à partir de l'élaboration de fiches projets précisant la nature des opérations, leurs objectifs et leur financement.

Un volet concerne le plan de financement lié aux orientations majeures du projet. Dans ce document prévisionnel le centre fait apparaître des amortissements linéaires et des charges financières calculées sur un emprunt d'une durée de 15 ans à 6% de taux d'intérêts. Les opérations sont en grande partie financées de manière prévisionnelle par un recours à l'emprunt à 60% du coût conformément aux directives ministérielles. Un plan global de financement pluriannuel est joint au projet.

## **II - EXAMEN CRITIQUE DE LA GESTION DES INVESTISSEMENTS ET ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES**

Les investissements constituent un élément important de la mise en oeuvre de la politique sanitaire régionale. Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, le souci majeur d'une ARH est de définir et mettre en oeuvre une gestion optimale de la dotation régionale pour offrir aux patients la meilleure qualité de prestations. C'est pourquoi il est utile de réfléchir sur les moyens à mettre en oeuvre pour conduire une bonne politique d'investissement dont les conséquences financières peuvent être importantes tant sur le plan financier que sur le plan budgétaire. Une opération immobilière dont les coûts induits auraient été mal évalués pourrait engendrer un accroissement des coûts d'exploitation et avoir un impact important sur l'équilibre financier de l'établissement.

### **1 EXAMEN CRITIQUE DE LA GESTION DES INVESTISSEMENTS**

Le calendrier d'application de la réglementation et l'organisation institutionnelle mise en place dans le cadre de la gestion des investissements comportent des points forts et des points faibles.

#### **1-1 POINTS FORTS DE LA GESTION**

##### **1-1-1 Planification régionale et organisation de l'offre de soins**

###### **1-1-1-1 Le SROS base de la planification**

Le SROS de la région Pays de la Loire fixe clairement les objectifs prioritaires pour répondre aux besoins des patients et la nouvelle organisation hospitalière à mettre en place dans les cinq ans. Les établissements peuvent se positionner dans l'offre de soins régionale et

territoriale. Les éléments contenus dans le document SROS donnent de nombreuses indications sur l'évolution attendue par l'ARH notamment sur les complémentarités entre établissements.

La mise en oeuvre du SROS est laissée à l'initiative des établissements dans le cadre des projets d'établissements et de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens. La démarche de contractualisation repose sur l'instruction de multiples dossiers qui apparaissent aux inspecteurs et aux établissements comme un processus nécessaire.

#### 1-1-1-2 L'organisation de l'offre de soins par la démarche contractuelle

Les différents partenaires rencontrés considèrent les différentes étapes de la réglementation comme un processus de maturation nécessaire pour aboutir aux meilleures décisions.

L'évolution de l'établissement de santé s'inscrit dans son projet d'établissement, dans une perspective à cinq ans. Le projet approuvé, la direction connaît alors les orientations retenues par l'ARH pour le fonctionnement de l'établissement et son développement médical. Sa place dans l'offre de soins est par conséquent stable pour l'avenir, ce qui doit permettre à la direction d'agir sereinement dans son organisation interne.

Le programme d'investissement est destiné à prévoir sur cinq ans les restructurations internes, les reconstructions, les achats d'appareils médicaux nécessaires à la réalisation des orientations contenues dans le projet. Le plan global de financement pluriannuel associé, outil de régulation financière et budgétaire, permet une lisibilité de la gestion du patrimoine.

Le contrat d'objectifs et de moyens est l'aboutissement de la démarche contractuelle avec l'ARH. L'absence de projet d'établissement peut conduire à une autre forme de contractualisation par protocole d'accord, mais celui-ci conclu pour une durée plus courte ne comporte pas de projet immobilier. Le contrat est le document de référence qui permet d'anticiper les budgets futurs et notamment la gestion du groupe IV des dépenses.

### **1-1-2 Les moyens de financement : la gestion du groupe IV**

L'autonomie laissée aux établissements dans la gestion de ce groupe de dépenses encourage les directeurs financiers à rechercher une optimisation des crédits qui y sont affectés. C'est ce groupe de dépenses qui permet à l'hôpital de réguler sa gestion budgétaire.

En fin d'année, pour ne pas afficher de déficit, l'établissement a en effet la possibilité de transférer des crédits, destinés à des opérations d'investissement dans le cadre du budget primitif, sur d'autres groupes de dépenses ( frais de personnel, dépenses médicales). Ce transfert qui fait l'objet d'une délibération en conseil d'administration s'appelle une décision modificative. Elle est soumise à approbation de l'ARH. En 1999 un CHU de la région a ainsi viré 16 millions de francs. Ce procédé évite à court terme à l'établissement des difficultés budgétaires et financières que pourrait engendrer la spirale des déficits. Cependant, certaines ARH refusent systématiquement les transferts de crédits du groupe IV vers les autres groupes fonctionnels. Si ce transfert est réalisé par des économies sur les charges financières, le procédé est économique. En revanche, si celui-ci conduit à minorer les amortissements, il réduit la capacité d'autofinancement, ce qui justifie les réticences de certaines ARH.

A l'inverse, un établissement qui réalise des économies sur les autres groupes fonctionnels peut choisir d'abonder son groupe IV de crédits supplémentaires en prévisions de travaux importants futurs.

### **1-1-3 L'organisation institutionnelle**

La création de l'équipe contrat est perçue par les différents partenaires comme une "richesse" de fonctionnement. Les institutions concernées ont appris à coopérer. Le mélange des cultures et des connaissances produit une dynamique de groupes.

Les avis de chaque institution sur les projets sont de nature, dans certains cas, à éclairer la décision des inspecteurs DDASS dans l'instruction des dossiers.

## **1-2 DES ÉLÉMENTS DE GESTION A AMELIORER**

Comme pour toute réglementation et organisation, des points faibles apparaissent dans l'analyse.

### **1-2-1 Planification régionale et organisation de l'offre de soins**

#### **1-2-1-1 Planification régionale des investissements**

Le SROS ne comporte pas de volet investissement dans lequel figurerait les priorités régionales. Il n'y pas recensement par l'ARH des besoins en investissement nécessaires pour "organiser pour mieux soigner"<sup>5</sup>.

La région Pays de la Loire ne possède pas de document sur l'état du patrimoine hospitalier. L'ARH de Bretagne, par l'intermédiaire de l'IRE, s'est engagée dans une démarche d'évaluation des immobilisations, mais la tâche est peut être trop lourde. Cependant, le manque de connaissance de l'état des locaux hospitaliers peut conduire à des inégalités mal perçues par les établissements. Certains établissements ont une autorisation de réfection des blocs opératoires alors qu'ils ont été restructurés il y a 10 ans. D'autres établissements se voient refuser leur demande de rénovation pour des blocs refaits il y a 22 ans. Ces inégalités découragent des équipes dirigeantes hospitalières.

#### **1-2-1-2 Organisation de l'offre de soins**

La logique de la démarche contractuelle n'est pas toujours perçue par les établissements et les contrats manquent de vision globale.

##### *1-2-1-2-1 Le manque de clarté de la démarche contractuelle pour les acteurs locaux*

Le contenu des dossiers à élaborer n'étant pas clairement défini, les établissements les composent à leur gré. Par exemple, le centre hospitalier de Cholet a joint à son projet d'établissement un programme d'investissement accompagné d'un plan global de financement pluriannuel, alors que l'élaboration de ces documents n'est exigée que lorsque le projet est approuvé. Le manque de clarté sur le contenu des documents à produire ainsi

---

<sup>5</sup> SROS 1999-2004 des Pays de la Loire

que sur la logique du parcours de contractualisation peut nuire à la qualité des relations entre les institutions et l'hôpital, le centre hospitalier estimant à juste titre avoir transmis les documents nécessaires.

#### *1-2-1-2-2 Une contractualisation sans vision globale des établissements*

Les contrats d'objectifs et de moyens portent souvent sur des segments d'activité (prise en charge des malades en chirurgie, prise en charge de la douleur). Les financements des opérations immobilières et/ou mobilières envisagées dans le cadre du contrat sont examinées individuellement, souvent sans étude préalable du bilan pour déterminer les possibilités financières de l'établissement et sans étude budgétaire réelle du groupe IV.

Sur les dix contrats signés par l'ARH, aucun ne disposait d'un véritable programme d'investissement accompagné d'un plan global de financement pluriannuel. Un des derniers contrats signés comprend un programme d'amélioration des conditions d'hébergement et de soins des patients hospitalisés dans l'établissement pour un montant de 163 Millions de Francs. Pour ce cas, une projection de la section d'investissement a été réalisée en dépenses et en recettes ce qui permettait de vérifier son équilibre, mais sans cependant effectuer une analyse financière globale de l'établissement.

### **1-2-2 Le programme d'investissement**

Le programme d'investissement est une étape importante pour la gestion et le contrôle des investissements hospitaliers. Le coût de chaque programme et sa date de réalisation prévisionnelle y sont précisés. Le plan global de financement pluriannuel associé détermine le financement des opérations.

#### **1-2-2-1 Nécessité d'une concertation avec les services départementaux**

Le programme d'investissement présente l'ensemble des opérations envisagées qu'elle relèvent d'un financement par l'assurance maladie ou d'un financement du conseil général pour les budgets annexes. Ce programme nécessite l'avis des services du conseil général avant son approbation par l'ARH. La politique départementale des conseillers généraux visant à limiter l'augmentation des prix de journée hébergement des structures pour personnes âgées, peut conduire à des amortissements sur 50 ans comme cela est le cas dans le Maine et Loire et en Loire-Atlantique. Cette décision entraîne un déséquilibre

financier induit par la trop grande différence entre la durée d'amortissement et la durée de l'emprunt, dont la dette devra être compensée par les budgets sanitaires. En Loire-Atlantique cette situation a été renégociée par l'inspecteur DDASS auprès de ses collègues du conseil général et la situation a été corrigée. Aucune négociation n'a eu lieu dans le département du Maine-et-Loire. Le guide de procédure de l'ARH n'indique pas la nécessité d'une consultation des services départementaux.

Le programme d'investissement est aussi le seul document qui permet d'apprécier la répartition de l'autofinancement (ressources propres de l'établissement) entre les différents budgets de l'hôpital. Cependant les programmes d'investissements ne précisent jamais comment les résultats excédentaires d'exploitation sont affectés aux opérations.

#### 1-2-2-2 L'approbation de l' Avant Projet Sommaire : une étape tardive

Les conséquences budgétaires et financières des grosses opérations sont majeures tant au niveau des équilibres financiers que budgétaires. Les grosses réparations font l'objet d'une approbation au stade de l'Avant-Projet-Sommaire (APS). La réglementation impose l'approbation de l'APS juste avant le lancement des appels d'offres. Cette approbation est trop tardive pour refuser un projet surdimensionné ou mal conçu. Un inspecteur de DDASS assistait récemment à un conseil d'administration où le directeur présentait son plan directeur (1<sup>ère</sup> phase du programme d'investissement). Celui-ci prévoit pour un hôpital local une salle de kinésithérapeute de 250 m<sup>2</sup>. Si le directeur ne prend pas en compte l'intervention de l'inspecteur sur la démesure de la surface, il sera trop tard pour refuser l'approbation de l'APS. La grande majorité des étapes d'élaboration du programme d'investissement aura été réalisée et revenir en arrière engendre un coût et des délais de réalisation supplémentaires qui peuvent nuire à l'obtention de subventions FIIHMO et du contrat de plan (le versement des subventions est conditionné par l'approbation de l'APS).

### 1-2-3 Le suivi des moyens de financement

#### 1-2-3-1 Le plan global de financement (PGF)

Le PGF n'est pas aisé à lire et est souvent peu détaillé. La circulaire le concernant préconise d'agréger les opérations d'un même objet comme les travaux de sécurité. Cela empêche une instruction complète du programme car la répartition entre les financeurs n'apparaît pas. Quand il existe il n'est pas régulièrement actualisé, sauf présentation avant cinq ans d'un

nouveau programme d'investissement ce qui peut être le cas des établissements de grande capacités (type CH ou CHU).

Les ressources budgétaires du groupe IV sont indiquées dans le PGF. L'établissement doit établir une projection à 5 ans des dépenses liées à ses opérations antérieures (amortissements et frais financiers) et une prévision pour celles consécutives à son nouveau programme. La projection des dépenses sur les opérations antérieures est peu souvent effectuée, or elle est nécessaire pour la gestion budgétaire des dépenses du groupe IV

## 1-2-3-2 La gestion budgétaire

### 1-2-3-2-1 *la reconduction systématique des crédits du groupe IV*

Depuis de nombreuses années en région Pays de la Loire, les dépenses du groupe IV ont toujours été reconduites systématiquement. Le montant d'une année est repris l'année suivante augmenté du taux directeur si les orientations prises par l'agence dans le cadre de sa campagne budgétaire ne prévoient pas explicitement une évolution de ce groupe à taux nul.

Les établissements, qui ont beaucoup investi dans les années fastes à taux directeur élevé et/ou les contraintes budgétaires de gestion étaient moins rigoureuses, conservent encore aujourd'hui le bénéfice de cette situation. A contrario, un hôpital dont les directions successives ont limité les opérations d'investissement, est aujourd'hui confronté à des ressources amoindries (faiblesse du groupe IV) .

De plus, le financement de grosses opérations (réfection de blocs opératoires, restructurations hospitalières) a toujours été assuré par un apport de la dotation régionale correspondant au besoin maximum du groupe IV. En effet les travaux financés la plupart du temps par recours à l'emprunt entraînaient les premières années un surcoût important engendré par les amortissements mais aussi des frais financiers très élevés, la dette étant au maximum. Les années 80 ont connu des taux d'intérêts très élevés (+ 10%). Ces crédits ont toujours été maintenus dans le groupe IV et ont permis aux établissements de dégager des économies de gestion qui n'ont jamais fait l'objet de reprise. Une étude réalisée au niveau régional sur le poids du groupe IV dans les dépenses des centres hospitaliers montre un écart de 12% entre l'établissement le plus doté (15%) et celui le moins doté (3%).

C'est ainsi que certains établissements, pour maintenir un équilibre annuel des dépenses face au contrôle des DDASS ou pour ne pas afficher un excédent d'exploitation trop

important en conseil d'administration ont provisionné en conséquence, se créant ainsi au fil des années, une situation de trésorerie confortable les autorisant à investir sans demande importante sur la dotation régionale

#### *1-2-3-2-2 La section d'investissement*

De par sa décomposition en groupe fonctionnels de dépenses et par le report des dépenses non mandatées, le budget prévisionnel de la section d'investissement n'offre pas, par absence de détail, de lisibilité sur les opérations effectivement réalisées.

Ce budget qui sert aux directeurs des établissements de santé pour le suivi annuel des investissements n'a pour seul intérêt aux yeux des inspecteurs que de représenter un cadre souple d'autorisations de crédits d'immobilisations et d'ouverture d'emprunts.

### **1-2-4 L'organisation institutionnelle**

Beaucoup d'institutions interviennent dans le cadre de la gestion des investissements, cependant il n'y a pas d'organisation fonctionnelle d'ensemble satisfaisante.

#### **1-2-4-1 Les partenaires extérieurs**

##### *1-2-4-1-1 L'appui de la mission d'expertise et financière*

L'Agence utilise chaque année les services de la mission d'expertise et financière du Ministère des Finances pour les grosses opérations de restructurations. Son rôle se limite souvent à une étude des possibilités financières de l'établissement pour faire face aux opérations de restructurations envisagées, et à une comparaison par ratios avec les données nationales et régionales (annexe n° 6). Cette mission s'appuie parfois sur la DDASS pour établir son diagnostic. Son étude reste globale et ne prend pas en compte la complexité de la gestion hospitalière due aux multiples financeurs.

##### *1-2-4-1-2 L'appui de l'ingénieur régional de l'équipement*

L'ingénieur reçoit pour avis le dossier d'Avant Projet Sommaire soumis en parallèle à l'approbation de l'ARH qui doit se prononcer dans les deux mois après réception du document à la DDASS. Mais souvent ces dossiers lui sont transmis au dernier moment, lui laissant un ou deux jours pour répondre. Il ne se prononce que sur le coût et sur le plan architectural du projet, en regrettant de ne pouvoir coopérer avec les médecins, les pharmaciens et la

conseillère technique en soins infirmiers sur l'organisation des structures de soins. Il se sent isolé dans l'étude du dossier.

De plus le dossier est souvent déclaré complet par la DDASS alors que les pièces réglementaires prévues à l'arrêté du 8 mars 1993 ne sont pas jointes. Ce mode d'instruction actuel de l'APS ne le satisfait pas. Il souhaite au moins que la DDASS contrôle au préalable l'existence des pièces obligatoires.

Il considère également que l'étude du dossier au niveau de l'APS est trop tardive. Il ne peut à cette étape intervenir sur les surfaces et sur les coûts. Il situerait mieux son action lors du choix initial du programmiste par l'établissement.

#### 1-2-4-2 Le rôle des partenaires institutionnels

Chaque partenaire s'attache à conserver une autonomie dans les domaines qui ne relèvent pas de la compétence de l'ARH. Des compétences existent au sein de chaque institution mais il n'existe pas réellement de mutualisation des moyens.

##### 1-2-4-2-1 *L'absence de concertation entre les partenaires*

La gestion des crédits de subvention des contrats de plan Etat-Région est assurée par la DRASS. Une collaboration existe avec l'ARH sur la télémédecine. Le service concerné de la DRASS constate cependant que les établissements viennent s'informer des possibilités financières à la DRASS, car les services des DDASS ne connaissent pas bien les modalités pratiques de mise en oeuvre du contrat de plan. Ils seront pourtant le relais intermédiaire entre l'établissement et la DRASS pour la transmission des dossiers de demande de subventions. De la même façon, les établissements négocient directement avec la CRAM pour obtenir des prêts sans intérêt lors de la rénovation des structures de personnes âgées.

Seules les demandes de subvention par le FIHMO passent par une étude de l'ARH qui classe par priorités les dossiers. Pourtant, ce classement participe à la mise en oeuvre d'une politique régionale, sachant que les opérations à réaliser à court terme retenues par l'administration centrale doivent être bénéficiaires en priorité des crédits nécessaires de la dotation régionale.

Il manque au niveau régional une véritable concertation entre les institutions pour la mise en place d'une politique régionale d'investissement.

#### 1-2-4-2-2 *Le manque de mutualisation des outils*

A la demande de l'ARH, la CRAM des Pays de la Loire a réalisé une étude sur les résultats d'exploitation des centres hospitaliers et des centres de lutte contre le cancer, pour les années 1997 et 1999. Les données sont extraites des comptes administratifs. La CRAM dispose depuis de nombreuses années d'un logiciel interne de saisie des données budgétaires. Pour chaque exercice, des agents sont chargés d'abonder la base de données des éléments du budget, des décisions modificatives (apport de crédits supplémentaires en cours d'année), des éléments du compte administratif et des résultats. Les mêmes données sont saisies dans GEODE (application nationale de suivi de la dotation régionale) dans les DDASS et mises à disposition des DRASS et des ARH.

#### 1-2-4-3 Les difficultés des équipes contrat

Les insuffisances de moyens des DDASS dont certaines n'ont plus d'inspecteurs ou/et de médecins inspecteurs de santé publique dans le domaine sanitaire, nuisent au bon fonctionnement des équipes contrat. Dans la région Pays de la Loire, il reste peu d'équipes contrat complètes s'investissant dans l'instruction des dossiers, et surtout personne en charge spécifique de l'investissement.

#### 1-2-4-4 Le guide de procédures

La fiche relative aux programmes d'investissement indique : "Il faut considérer que l'approbation du programme d'investissement engage l'ARH tant par rapport à la pertinence du projet qu'au montage financier". Sur le terrain, les inspecteurs précisent dans leurs réponses aux établissements, que l'ARH ne s'engage pas dans la prise en charge des coûts correspondants à ce stade, et que les engagements complémentaires sur la dotation régionale ne peuvent être que contractualisés.

Les programmes d'investissement devraient être négociés et approuvés dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens.

## **2 LES ÉTUDES D'EXPERTS SUR LES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS**

La gestion des investissements hospitaliers a fait l'objet de quelques études par des organismes non institutionnels travaillant avec les services hospitaliers (banques, cabinets d'architectes). Certaines portent sur la comparaison des coûts entre le public et le privé, d'autres sur la possibilité pour l'ARH de négocier collectivement les emprunts des établissements hospitaliers et enfin des études portent sur l'intérêt d'une mutualisation des sections d'investissement hospitalières.

### **2-1 LES ÉCARTS ENTRE GESTION PUBLIQUE ET GESTION PRIVÉE**

Le coût plus élevé des investissements immobiliers publics par rapport à ceux du privé est souvent constaté. Cette situation est due à un état d'esprit différent et à une réglementation administrative trop lourde et insuffisamment contrôlée.

#### **2-1-1 Le constat d'un coût plus élevé des investissements immobiliers hospitaliers publics**

Dans un contexte de réduction des coûts de la santé publique, la comparaison des dépenses d'investissement entre le secteur public et le secteur privé conduit à s'interroger sur les raisons de cette différence.

L'étude du "Club Perspectives Public et Privé" sur les "investissements immobiliers à l'hôpital" montre que les programmes immobiliers à projets médicaux semblables sont réalisés dans le public avec des surfaces plus importantes et un coût d'unité d'oeuvre plus élevé. L'hôpital public réalise ainsi ses investissements avec des surfaces de 50 % à 70% supérieures à celles du privé et avec des coûts deux fois supérieurs. Certes des espaces surévalués contribuent à la qualité de vie des usagers comme à celui des personnels et retarde l'usure des locaux, mais il est important de connaître les raisons qui amène à ce constat.

Il existe un état d'esprit différent entre les deux secteurs. Dans le privé, la décision d'investir est prise par les personnes qui "financent, dirigent et opèrent". Des investissements trop lourds ou mal gérés peuvent avoir de graves conséquences économiques que l'Assurance

Maladie ne couvrira pas. Dans le public il existe une dualité de pouvoir : le médical et la direction administrative. Le manque de confiance des uns envers les autres conduit chaque partie à défendre ses propres intérêts. Cette situation conduit à une inflation des besoins. Le délai de réponse de la direction aux demandes des médecins peut apparaître long si la procédure réglementaire n'est pas comprise ou pas expliquée. Les médecins attendent souvent des réponses rapides à leur projet. Ainsi pour réduire l'attente, surenchérissent-ils leurs besoins immédiats pour anticiper l'avenir.

## **2-1-2 Les méthodes comparées du public et du privé**

### **2-1-2-1 Le choix de la maîtrise d'oeuvre**

A partir d'un programme d'investissement, le maître d'oeuvre traduit les besoins sur le plan architectural. La maîtrise d'oeuvre des opérations sera réalisée dans le privé par une équipe dont la clinique aura vérifié au préalable ses capacités en visitant des réalisations récentes. La clinique s'appuiera sur une équipe spécialisée, structurée disposant d'un outil fiable permettant d'améliorer ses prestations.

L'établissement public doit procéder par concours pour choisir un maître d'oeuvre à partir d'un dossier monté par un programmiste recruté par l'hôpital. Le programme est quelquefois ancien et non actualisé techniquement et économiquement. Ce concours sélectionne trois équipes qui doivent élaborer une esquisse. Une commission technique, composée dans certains cas d'un économiste indépendant, étudie les opérations et un jury composé d'usagers et d'architectes se réunit pour retenir le lauréat. Le jury peut ne pas résister à "l'esquisse de rêve" présentée par un maître d'oeuvre affirmant respecter ses délais de ses coûts.

### **2-1-2-2 Longueur des procédures et dérive des coûts**

La durée de réalisation des opérations d'investissement sont une cause de dépassement des prix. L'étude du projet de l'Hôpital Georges Pompidou à Paris montre que celui-ci a été programmé dans les années 70-80, le concours de maîtrise d'oeuvre gagné en 1982 et l'hôpital réalisé en 1998. Durant ce temps les hommes ont changé, les technologies et les prix ont évolué. L'ingénieur régional de l'équipement indique que lors du lancement des appels d'offres, les prix sont en dérapage de 20 à 50% par rapport à l'évaluation initiale du programmiste en raison de la mise à jour des prix.

La réglementation fixe le financement des opérations à 60% par emprunts et 40% par autofinancement. Le poids de l'emprunt et sa répercussion budgétaire et financière nécessite de réfléchir sur les moyens d'obtenir des emprunts au meilleur coût. Le crédit local de France a conduit une réflexion sur la possibilité pour les ARH de procéder à une négociation collective des emprunts.

## **2-2 ETUDE CRITIQUE D'UNE GESTION COLLECTIVE DES INVESTISSEMENTS AU NIVEAU REGIONAL**

### **2-2-1 L'intérêt d'une négociation collective des emprunts**

Dans le cas d'une négociation collective des emprunts, le rapport de force entre l'ARH et les organismes prêteurs apparaît plus favorable à l'ARH. Le montant des emprunts à négocier collectivement étant important, c'est aux organismes prêteurs d'établir les meilleures offres dans un secteur très concurrentiel. Les petits établissements dont les moyens financiers sont réduits, tireraient certainement un avantage de cette solution. Mais les banques ne prêtent qu'en s'entourant de garanties sur les capacités de l'emprunteur à rembourser son emprunt. Les organismes au regard de la solidité financière et budgétaire de l'hôpital propose des emprunts avec un niveau de risque calculé ce qui bénéficie aux établissements importants type CHU ou centre hospitalier.

L'ARH ne disposant pas de structures financières et budgétaires conséquentes devra souscrire un fonds de garantie ou financer un organisme intermédiaire chargé de contracter l'emprunt pour le redistribuer. Le coût engendré par le paiement de la garantie ou par celui d'une institution financière créée pour contracter les emprunts effaceraient les gains tirés de la négociation collective.

Une autre solution, consisterait à créer un groupement d'intérêt public chargé de contracter une enveloppe de prêts mais elle nécessite une mutualisation des sections d'investissement.

### **2-2-2 L'intérêt de la mutualisation des sections d'investissements hospitalières**

L'intégration pure et simple des établissements au sein d'un organisme patrimonial qui détiendrait à la fois les actifs et les passifs des bilans actuels des établissements de santé pourrait conduire à l'obtention de meilleures conditions d'emprunts. Cette mise en commun des ressources des investissements réduirait les inégalités importantes qui existent entre les

établissements sur leurs capacités à investir et permettrait une meilleure maîtrise des coûts des constructions et des acquisitions de matériels.

Cette solution aurait pour avantage de déterminer précisément l'effort d'investissement régional annuel alors qu'aujourd'hui celui-ci dépend exclusivement du dynamisme et de la qualité des équipes dirigeantes hospitalières.

Cette mutualisation s'inscrit bien aussi dans le développement des coopérations et de la solidarité entre les établissements de santé. C'est notamment la vocation des syndicats interhospitaliers.

### **2-2-3 Les désavantages de la mutualisation**

Les établissements hospitaliers sont très attachés à leur autonomie qui permet aux équipes dirigeantes de s'investir pleinement dans la gestion des structures. Mutualiser les sections d'investissement aurait des conséquences juridiques, budgétaires et comptables avec des impacts positifs et négatifs sur la gestion des établissements.

#### **2-2-3-1 La perte d'autonomie**

La mutualisation reviendrait à enlever aux établissements une part importante de leur gestion. L'ensemble des dépenses du groupe IV serait alors soustrait des budgets d'exploitation. C'est pourtant ce groupe de dépenses qui permet encore aujourd'hui aux directeurs de conserver des marges de manoeuvre. La gestion en dotation régionalisée a entraîné un encadrement strict des dépenses de personnel, des dépenses médicales et des dépenses hôtelières. Un groupe IV bien doté, qui dépend beaucoup de l'histoire de l'établissement en matière de construction, offre une souplesse dans la gestion de l'établissement.

Cette mutualisation est contraire au code de la santé publique puisqu'elle porte atteinte aux prérogatives des conseils d'administration qui délibèrent entre autres sur le projet d'établissement et le programme d'investissement.

#### **2-2-3-2 La non prise en compte de la dimension financière dans la gestion des investissements**

Une gestion performante de la section d'investissement repose sur une articulation étroite entre la gestion budgétaire et l'analyse financière.

L'établissement emprunte en fonction de ses possibilités de trésorerie. La mutualisation conduirait à sortir les fonds propres de chaque établissement mais la trésorerie sert également à financer les décaissements issus du fonctionnement général de l'hôpital. Ces gestions séparées aurait des conséquences nuisibles.

#### 2-2-3-3 La consolidation des bilans

La mutualisation des ressources d'investissement n'est concevable qu'à partir d'une consolidation de l'ensemble des bilans c'est à dire la création par fusion d'un unique établissement public de santé régional. Cette option visant à la création d'assistances publiques régionales avait été examinée à l'occasion des débats parlementaires préalables à la rédaction de l'ordonnance de 1996. Elle a été écartée, par arbitrage des services du Premier Ministre, au profit de la préservation de l'autonomie des établissements. L'autonomie des établissements a été réaffirmée au congrès de l'Union Hospitalière du Sud Ouest en septembre 2000 par Monsieur COUTY, Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

### **3 PROPOSITIONS D'ACTIONS CORRECTIVES**

La mise en place par l'ARH des Pays de la Loire d'une véritable politique régionale s'impose aujourd'hui face aux échéances à court terme d'opérations immobilières importantes.

L'élaboration d'une planification régionale des investissements passe par la mise en place de priorités régionales et la fixation d'une enveloppe annuelle réservée aux aménagements nécessaires à une meilleure organisation de l'offre de soins. La gestion de cette enveloppe pourrait être assurée grâce à une organisation interne reposant sur l'étude et l'évaluation des demandes et des réalisations.

## **3-1 MOYENS D'UNE PLANIFICATION RÉGIONALE DES INVESTISSEMENTS**

### **3-1-1 La nécessité d'une planification des investissements et d'évaluation des immobilisations**

#### **3-1-1-1 Le parc hospitalier**

Il existe dans la région Pays de la Loire, 69 établissements publics :

- 2 centres hospitaliers universitaires,
- 23 centres hospitaliers,
- 5 centres hospitaliers spécialisés,
- 39 hôpitaux locaux,
- 42 établissements privés sous dotation globale.

Les trois premiers groupes d'établissements et certains établissements privés sous dotation globale ayant des activités de chirurgie ont de fortes demandes en investissement compte tenu de l'évolution des techniques médicales, et du poids de la réglementation sur les conditions de sécurité médicales et l'hébergement.

Les investissements de ces structures doivent être particulièrement suivis par l'ARH en raison de leur poids dans la gestion de la dotation régionale.

#### **3-1-1-2 La mise en place d'une planification régionale d'investissement**

Le SROS prévoit une réorganisation de l'offre de soins régionale sur une période de cinq ans mais ne fixe pas de priorités d'investissement. L'ARH devrait compléter le SROS par un programme régional d'investissement qui permettrait aux équipes dirigeantes hospitalières de disposer ainsi d'un cadre d'évolution. Cette lisibilité faciliterait les relations des directeurs avec leurs médecins et éviterait la "course" à la signature des contrats. En effet les directeurs les plus entreprenants s'attachent à contractualiser rapidement avec l'ARH espérant ainsi bénéficier de crédits supplémentaires importants. Plus le nombre de contrats signés augmente, moins l'ARH dispose de marge de manoeuvre. Les plus gros établissements de la région ont donc soit signé un contrat d'objectifs et de moyens, soit signé un protocole d'accord. Pour éviter cette situation, l'ARH devrait fixer une enveloppe annuelle d'investissement pour financer les opérations nouvelles et la recomposition hospitalière. Elle pourrait être calculée en fonction de la masse d'immobilisations réalisée sur

le dernier exercice diminué d'une enveloppe réservée aux investissements de renouvellement qu'il conviendrait de définir au préalable.

Mais avant de définir une politique régionale, il apparaît important de dresser un bilan de l'état physique actuel du patrimoine hospitalier. Les inspecteurs et les directeurs hospitaliers constatent sur le terrain des inégalités flagrantes dans le développement de certains hôpitaux. Certains se rénovent régulièrement tous les dix ans, d'autres restent plus de vingt ans sans restructuration. Il existe encore des urgences où les patients sont reçus dans des salles communes.

Cette étude pourrait être menée par les institutions régionales à partir de ratios de patrimoine issus des comptes de gestion du receveur intégrés au compte administratif. Les conclusions tirées des ratios doivent cependant être pondérées par des éléments qualitatifs fournis par les inspecteurs et les équipes contrats.

La vision pluriannuelle régionale des investissements serait le point de départ de la mise en place d'une optimisation des moyens de financement destinés aux immobilisations. Une organisation institutionnelle structurée assurerait un suivi rigoureux.

La complexité de l'étude des investissements qui porte à la fois sur les domaines budgétaires et financiers mais aussi sur les technologies nécessitent des compétences particulières.

### **3-1-2 La création d'une coordination régionale spécialisée dans les investissements**

Cette coordination serait constituée de deux équipes :

- une équipe de techniciens,
- une équipe de financiers.

Elle se prononcerait sur :

- l'opportunité des projets,
- les organisations internes,
- les choix des programmistes et des maîtres d'oeuvre

#### **3-1-2-1 La création d'une équipe de techniciens**

Les projets d'investissement devraient être étudiés, sur le plan technique, par une équipe pluridisciplinaire composée par exemple de l'IRE, de médecins et de la conseillère technique

en soins infirmiers. L'identification des opérateurs retenus (programmistes, maître d'oeuvre) conduirait à une évaluation de leurs prestations au niveau du respect des coûts, des délais mais aussi de la qualité architecturale du projet. Pour ce faire, ces experts auraient accès aux bases de données de leurs homologues financiers.

Sa mission permettrait aussi de prévenir les travaux supplémentaires réalisés par avenants sur marchés, pratiques dénoncées par la chambre régionale des comptes.

La compétence de cette équipe permettrait des contacts plus fréquents avec les établissements notamment aux différentes phases du programme d'investissement.

### 3-1-2-2 La création d'une équipe de financiers

Cette équipe bâtirait d'abord une base de données régionales sur le coût des opérations afin de créer des indicateurs régionaux comme le coût au lit. En effet, les prix de référence transmis par l'administration centrale n'ont pas été réévalués depuis 20 ans. Un contrôle entre l'estimation et le coût terminé de l'opération pourrait être effectué.

Un plan global de financement doit s'apprécier à la fois d'un point de vue budgétaire et financier. L'analyse financière exige des compétences qui ne s'affirment que par l'instruction de nombreux dossiers. Seule une équipe régionale DRASS ou CRAM, formée et motivée, peut apporter un soutien précieux aux inspecteurs DDASS. La mission d'expertise économique et financière du trésor public pourrait servir d'appui dans l'instruction des dossiers importants (reconstructions totales d'un établissement, CHU).

Cette équipe devrait également se former régulièrement à l'évolution du monde économique notamment en matière d'emprunts, afin d'être en mesure d'analyser la gestion hospitalière dans ce domaine. A terme, la reconnaissance de la compétence de cette équipe permettrait d'amorcer la modulation des dépenses du groupe IV puisque celle-ci serait effectuée dans un souci d'équité.

### **3-1-3 Le renforcement du rôle des équipes contrat**

L'enveloppe réservée pour de nouvelles opérations et à la recomposition hospitalière serait répartie entre les cinq ou six priorités retenues dans le SROS. Une fraction d'enveloppe serait déléguée à chaque équipe contrat concernée pour les immobilisations à réaliser. Un arbitrage définitif de l'ARH sur la nature des investissements et leur coût, serait rendu

annuellement à partir des études de l'équipe technique, de l'équipe financière et de la négociation des équipes contrat .

Les investissements des hôpitaux locaux ont un impact faible sur la dotation régionale compte tenu du poids important du secteur personnes âgées. De plus, ils émergent souvent sur les fonds de subventions ou les prêts de la CRAM. L'ARH pourrait décider que sur le territoire de contractualisation, les groupes IV des établissements locaux soient gérés au sein du secteur, par la communauté d'établissements, par exemple sous le contrôle des équipes contrats. Il conviendrait aussi que les établissements plus importants possédant des équipes formées viennent en soutien aux directeurs des hôpitaux locaux dans leur gestion financière, ou qu'une équipe spécialisée soit formée au sein des équipes de direction pour intervenir dans plusieurs établissements.

### **3-2 L'OPTIMISATION DES RESSOURCES DESTINES AUX INVESTISSEMENTS**

Les ressources provenant de la dotation régionale peuvent être allouées avec une perspective à court et moyen terme. La modulation des dépenses du groupe IV doit s'inscrire dans une politique de réduction des inégalités.

#### **3-2-1 La modulation des dépenses du groupe IV**

Lors de la campagne budgétaire 2001, l'ARH des Pays de la Loire a défini une gestion particulière des dépenses du groupe IV. Une somme de 8 MF a ainsi été isolée dans la dotation régionale pour des investissements sachant que l'ARH a affiché clairement que ces crédits devraient revenir à terme dans le "pôt commun" de la dotation régionale.

La modulation des dépenses du groupe IV ne peut s'affranchir d'une réflexion sur la réduction des inégalités entre les établissements, sinon à courir le risque de décourager certaines équipes dirigeantes particulièrement motivées par une gestion rigoureuse.

##### **3-2-1-1 La réduction des inégalités**

Les établissements d'une même catégorie devraient être évalués et faire l'objet d'une comparaison régionale et nationale à partir des données issues de la banque hospitalière de données statistiques et financières (BDSF) qui permet un positionnement des établissements sur le plan régional et national.

### 3-2-1-2 Présentation de la BDSF

La BDSF réalise annuellement une analyse par structures hospitalières classées comme suit

- CHU
- CH avec des dépenses supérieures à 300 MF
- CH avec des dépenses inférieures à 300 MF
- Hôpitaux locaux
- Centres Hospitaliers Spécialisés.

Cette étude présente une analyse des sections d'exploitation en dépenses et en recettes :

- évolution des charges et des produits hospitaliers globalement et par groupes fonctionnels,
- structures des charges et des produits.

Les sections d'investissement sont comparées :

- au niveau de l'évolution des dépenses et des ressources d'investissement,
- au niveau de la structure des emplois et des ressources.

Une analyse économique porte sur les dépenses de personnel par entrée (médical et non médical), les dépenses médicales par entrée, les dépenses hôtelières et générales par journée. Une analyse financière est également réalisée à partir de ratios de trésorerie et des ratios d'endettement. Des indicateurs financiers issus du traitement du bilan sont aussi disponibles.

La plupart des établissements sont abonnés à cette banque de données accessible sur internet, mais l'accès est payant. Les données sont saisies par les établissements dans le logiciel de la BDSF. En retour, ils connaissent le positionnement de leur hôpital au niveau national. Les équipes dirigeantes sont très attachées à établir des comparaisons entre établissements. Cependant les directeurs regrettent que ces éléments ne servent pas à l'ARH pour l'allocation des ressources.

### 3-2-1-3 La nécessité d'une comparaison régionale

Sur le même principe, l'ARH devrait établir une base de données régionales. Cette base serait utile aux inspecteurs chargés de l'instruction des différents dossiers réglementaires, notamment dans le cadre de la procédure budgétaire. Cette base serait également utile pour la négociation des contrats. Un établissement qui affiche des déficits importants n'est pas

forcément sous-doté budgétairement : sa gestion interne peut être à l'origine des dérives. C'est souvent à partir de statistiques brutes qu'une réelle discussion peut s'engager avec les établissements. Les directeurs doivent être en mesure d'expliquer leurs écarts par rapport à des moyennes.

#### 3-2-1-4 L'inégalité de la gestion hospitalière

La gestion des emprunts par les établissements disposant d'une structure formée et compétente limite les charges financières. Mais tous les établissements ne gèrent pas leur trésorerie faute de gestionnaire, notamment les hôpitaux locaux.

##### 3-2-1-4-1 *Les établissements disposant d'une direction financière*

Ces établissements consomment la majeure partie de la dotation régionale. L'ARH doit s'assurer régulièrement de la pertinence des modalités de gestion financière et budgétaire mises en place en interne. Il est important de ne pas décourager des équipes dirigeantes motivées et dynamiques par un encadrement drastique des dépenses du groupe IV, dont la gestion permet une souplesse budgétaire. Par ailleurs, ces équipes sont prêtes à assumer les risques pris sur les taux d'intérêt fluctuants. Dans une période de baisse des taux, ils sont gagnants mais en revanche ils devront faire face budgétairement à une hausse.

Seul un suivi régulier et pertinent du plan global de financement pluriannuel et du bilan est de nature :

- d'une part à valider les modalités de gestion retenues par l'établissement,
- d'autre part à faire le point sur la réalisation du contrat d'objectifs et de moyens.

##### 3-2-1-4-2 *Les hôpitaux locaux*

Ces établissements assurent rarement une gestion de leur trésorerie. En dehors des financements institutionnels, ils contractent plus facilement par des emprunts classiques à durée fixe. Beaucoup cependant utilisent les taux modulables type PIBOR pour diminuer leurs charges d'intérêts.

### **3-2-2 La gestion des crédits non reconductibles de la dotation régionale**

Indépendamment d'une modulation des dépenses du groupe IV, l'ARH a des possibilités budgétaires qu'elle peut mettre à profit pour favoriser le financement des investissements..

La grande partie de la dotation régionale est attribuée aux établissements dans le cadre de la reconduction budgétaire et des engagements contractuels. Mais la dotation régionale finance aussi chaque année des mesures particulières dont la mise en oeuvre n'est pas immédiate.

Exemple : l'ARH décide de financer 10 postes d'infirmières dans un établissement pour un coût de 2 000 000 F. Un laps de temps s'écoulera nécessairement entre la prise de décision et la réalisation de la mesure. L'établissement indique qu'il procèdera au recrutement progressivement et que les postes seront effectivement pourvus en totalité en fin d'exercice. Le besoin réel de l'hôpital sur l'exercice ne correspond pas à la somme indiquée. L'ARH peut décider d'attribuer la moitié de cette somme à l'établissement et déléguer l'autre moitié à une autre structure pour des investissements jugés prioritaires, simplement sur un exercice à titre non reconductible. Le solde de 1 000 000 F sera versé à l'hôpital sur le budget de l'année suivante.

Cette possibilité existe aujourd'hui pour combler des reports de charges ou des déficits d'exploitation, mais pas dans le cadre de la gestion des investissements. Elle nécessite un suivi rigoureux des crédits non reconductibles de la dotation régionale. Elle impose un engagement de l'établissement receveur de dégager au compte administratif un excédent d'exploitation réservée à l'investissement. Cette solution permet d'augmenter l'autofinancement disponible, donc de limiter le recours à l'emprunt, et ainsi d'améliorer une situation financière détériorée.

Toutes les possibilités d'optimisation de la dotation régionale doivent être recherchées par l'ARH qui doit veiller chaque année à consommer l'intégralité de la dotation régionale.

### **3-3 VERS UN MEILLEUR EMPLOI DE LA RÉGLEMENTATION**

La réglementation pourrait être allégée ou plus détaillée pour permettre de dégager du temps disponible à une étude approfondie de certains dossiers.

### **3-3-1 Associer le programme d'investissement au projet d'établissement**

Le programme d'investissement accompagné d'un PGF devrait être obligatoire avec le projet d'établissement dont il est logiquement une composante. Le délai de deux mois pour approuver un programme d'investissement passerait à 6 mois associé à un projet d'établissement. En effet le Code de la Santé Publique précise que le projet d'établissement doit "déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs". Cependant, aucun engagement financier ne doit être pris à ce stade pour laisser tout son sens à la contractualisation.

Il convient de noter par ailleurs que les opérations dépassant un certain seuil restent encore soumises à l'approbation de leur Avant-Projet-Sommaire.

La contractualisation ne peut supprimer la procédure budgétaire mais elle devrait permettre un allègement de celle-ci par une simplification de la réglementation.

### **3-3-2 Valoriser les possibilités de la procédure budgétaire**

A cause du vote parlementaire, l'ordonnance de 1996 a rajouté dans la procédure budgétaire une étape sans supprimer ou modifier la procédure issue de la loi de 1991.

#### **3-3-2-1 Le budget primitif**

Au 1er juillet de l'année N, chaque établissement doit présenter un Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) qui présente les orientations de l'établissement pour l'année N+1. Ce document devrait permettre de faire le point sur l'état de réalisation du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens. Pour les établissements qui n'ont pas de projet d'établissement approuvé, le ROB devrait se limiter à la reconduction des enveloppes de fonctionnement actuelles et à des besoins ponctuels et limités faute de perspectives globales. Or les ROB se présentent encore aujourd'hui comme un catalogue de mesures nouvelles sollicitées dans l'espoir de bénéficier de crédits supplémentaires.

Au 15 octobre de l'année N, le conseil d'administration de l'établissement doit avoir délibéré sur le budget prévisionnel de l'année N+1. La DDASS dispose de 45 jours après réception du document pour répondre à l'établissement sur les propositions formulées, mais sans connaître les orientations de la loi de financement de la sécurité sociale car elle n'est pas

encore votée. Cette situation conduit à des lettres d'observation d'intérêt limité pour les établissements mais auxquels ils doivent cependant apporter des éléments de réponse dans les quinze jours, dans le cadre de la procédure contradictoire.

La procédure d'approbation du budget étant close un mois après la parution de la loi de financement au journal officiel intervenant en fin d'année, la dotation régionale n'étant connue par circulaire ministérielle qu'au début décembre, l'ARH par les DDASS ne dispose ainsi que 2 mois pour fixer les budgets et prendre les arrêtés de dotation globale.

Plutôt que de rédiger des lettres d'observations standard sur les budgets juste avant la parution de la circulaire ministérielle définissant les orientations de la nouvelle campagne budgétaire, le ROB devrait donner lieu à des discussions entre l'établissement et l'inspecteur et/ou l'équipe contrat aboutissant à une lettre d'observations évaluant l'exercice en cours et fixant des objectifs pour l'année à venir, avec procédure contradictoire. Le budget serait ensuite fixé après le vote du parlement.

#### 3-3-2-2 Les documents budgétaires

La présentation des budgets d'exploitation par groupe fonctionnels de dépenses ne permet pas une lisibilité des dépenses du groupe IV. La section d'investissement ne peut faire l'objet d'aucun contrôle, puisque le montant des provisions et des amortissements n'est pas connu.

#### 3-3-2-3 *Le budget primitif*

Les budgets sont approuvés par groupes fonctionnels ce qui ne permet pas de connaître la répartition des crédits entre les comptes d'amortissement et les charges financières. Le directeur d'hôpital doit répartir par comptes budgétaires les crédits alloués. Il faudrait que le groupe IV soit approuvé en détaillant les comptes 66 et 68 conformément au PGF, puisque les amortissements sont aussi une ressource d'investissement.

#### 3-3-2-4 *La section d'investissement*

L'ARH approuve une section d'investissement sans connaître le montant des amortissements des différents budgets. Les crédits ouverts étant reportables d'une année sur l'autre en dépenses et en recettes, les valeurs globales inscrites dans la section d'investissement ne correspondent pas à des besoins réels. C'est le PGF actualisé

annuellement qui devrait servir à son élaboration, et ainsi la section d'investissement pourrait être supprimée.

### **3-3-3 Rationaliser et généraliser le plan global de financement pluriannuel : outil de base de gestion des investissements**

Seul un plan global de financement (PGF) détaillé et clair offre une lisibilité sur les coûts des investissements. L'ARH doit imposer un PGF annualisé joint au compte administratif pour permettre une discussion avec le ROB. C'est un document de référence dont il convient d'améliorer la présentation pour une meilleure lisibilité.

Le PGF annualisé permettrait de mettre à jour les coûts des opérations aux différents stades de leurs réalisations (APS, appel d'offres, réception des travaux).

Actuellement, le PGF n'indique pas clairement les opérations qui relèvent de la compétence du conseil général, celles qui seront financées exclusivement par le budget assurance maladie et celles qui auront un double financement (ARH et Conseil Général). La restructuration de l'hébergement du secteur personne âgée est décidée par le conseil général, les blocs dépendent de l'enveloppe sanitaire et la reconstruction d'une cuisine ou d'une blanchisserie des deux décideurs. Les clés de répartition entre les décideurs devraient être apparentes.

Les conséquences des investissements sur l'évolution des charges brutes d'exploitation (autres que celles du groupe IV) sont difficiles à calculer par les établissements. Une mise à jour annuelle permettrait une évaluation régulière et plus réelle de ces incidences. De plus, le tableau qui récapitule ces charges ne mentionne pas les financeurs. Seul le tableau final précise par financeur les résultats des surcoûts d'exploitation induits par le programme de travaux et d'équipements, mais sans leur mode de calcul. C'est un peu tard et la démarche suivie par l'établissement est illisible.

Un PGF type s'inspirant du modèle de la circulaire relative aux programmes d'investissements devrait être établi par l'ARH et être inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens. Il devrait être accompagné de règles régionales permettant une homogénéisation des pratiques entre les établissements notamment sur les durées d'amortissement. Son actualisation serait obligatoire dans le cadre du compte administratif. Les estimations des établissements (basées sur un financement prévisionnel des opérations par emprunt à hauteur de 60%, et avec un taux d'intérêt fixe de 5 à 6%) permettent de contrôler la

faisabilité financière des investissements mais ne reflètent pas la réalité annuelle des dépenses. En effet, les bases de calcul peuvent évoluer en raison de la situation budgétaire et financière de l'hôpital mais aussi du glissement d'opérations immobilières ou d'acquisitions d'équipements sur une autre année.

### **3-3-4 Exploitation des PGF annualisés pour le suivi des contrats d'objectifs et de moyens**

Le PGF annualisé qui pourrait être joint au compte administratif (cf paragraphe 3-4-3), permettrait une mise à jour de la réalisation du contrat d'objectifs et de moyens.

La consolidation des contrats d'objectifs et de moyens par la région serait un moyen supplémentaire important de bonne gestion de la dotation régionale.

## **CONCLUSION**

La mise en place d'une organisation régionale d'ensemble structurée en complémentarité et compétente, s'appuyant sur des indicateurs régionaux budgétaires et financiers, conduira sans doute l'ARH, à moyen terme, à imposer la modulation des dépenses du groupe IV pour réduire les inégalités entre les établissements. Aujourd'hui, cette modulation serait difficilement acceptée par les acteurs locaux hospitaliers, car la politique régionale d'investissement manque de clarté dans ses priorités et fait naître des sentiments d'injustice dans le traitement des dossiers.

Il est donc nécessaire pour l'ARH des Pays de la Loire que des priorités d'investissement soient définies au niveau régional afin de planifier et de valoriser les différentes opérations programmées dans le cadre du SROS.

Seule une planification déclarée, justifiée, valorisée et suivie peut faire adhérer l'ensemble des acteurs à une véritable gestion régionale des dépenses hospitalières d'investissement.

## **ANNEXES**

# LISTE DES ANNEXES

**(non fournies par l'auteur)**

METHODOLOGIE

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ABREVIATIONS

ANNEXE N° 1 : LES SECTEURS SANITAIRES

ANNEXE N° 2 : LES TERRITOIRES DE COMPLEMENTARITE

ANNEXE n° 3 : UN PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT

ANNEXE N° 4 : UN BILAN

ANNEXE N° 5 : FICHE PROGRAMME D'INVESTISSEMENT

ANNEXE N° 6 : QUELQUES RATIOS SIGNIFICATIFS  
REGIONAUX ET NATIONAUX

## METHODOLOGIE

Initialement mon mémoire devait porter sur la comptabilité analytique dans les établissements de santé. Durant mon stage d'exercice professionnel, Monsieur Laurent HABERT, Directeur Adjoint de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire, m'a proposé de modifier le thème et de rédiger un mémoire sur le rôle de l'ARH dans la politique d'investissement des hôpitaux. J'ai accepté la proposition car le sujet m'intéressait.

Ma réflexion s'est construite à partir :

- d'un approfondissement de la réglementation à travers l'étude des textes législatifs et réglementaires,
- de contacts avec les différents professionnels travaillant dans le champ sanitaire et notamment dans le domaine des investissements,
- de lectures de livres sur le sujet,
- de contacts téléphoniques avec les ARH du territoire national pour connaître leurs méthodes de gestion et leur organisation.

## BIBLIOGRAPHIE

Code de la Santé Publique

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie – Trésor Public – Instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé – tome I, II et III.

Circulaire DH/SI/AF93 n° 44 du 10 décembre 1993 relative aux investissements des établissements publics de santé

Circulaire DH/EO/97/N° 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé

Circulaire DH/EO/97 n° 97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements

Circulaire DH/AF/98/N° 52 du 28 janvier 1998 relative au fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (F.I.M.H.O.)

Circulaire DH/AF/99 N° 134 du 3 mars 1999 relative au fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (F.I.H.M.O.) - Programme 1999

Discours de M. COUTY, directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins au congrès de l'UHSO du 28 septembre 2000 à Pau

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction des Hôpitaux - Sous-Direction des Affaires Administratives et Financières - DH/AF3/JPG/ - Mutualisation des sections d'investissement hospitalières

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire - Informations Hospitalières - Bâtir un projet d'établissement - Eléments méthodologique - novembre 1992

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie - Trésor Public - Mission d'expertise économique et financière - Direction de la Communication - octobre 1997

Circulaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés relative à l'action sanitaire et sociale - Financement des investissements sanitaires et médico-sociaux - 19 juin 1998

Circulaire de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés relative aux modifications des dispositions relatives à l'hébergement des personnes âgées - novembre 2000

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - L'Administration sanitaire et sociale de l'Etat - 1999

Le financement des hôpitaux publics - Jacques Grollier - éditions ENSP - septembre 1998

L'hôpital réformateur de l'hôpital - sous la direction de Richard Dalmasso et Jean Jacques Romatet - Edition action Santé - éres - février 2000

Mots clés de planification sanitaire - sous la direction de Alain Jourdain et Isabelle de Turenne - éditions ENSP - 3ème trimestre 1997

Schéma régional d'Organisation Sanitaire 1999 - 2004 "Organiser pour mieux soigner" Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire arrêté le 6 juillet 1999.

Carte sanitaire de la Région Pays de la Loire - Révision des indices de besoins en Médecine, Chirurgie, et Gynécologie-Obstétrique arrêtée le 8 juillet 1999

Lettre de l'ARH des Pays de la Loire n° 4 - numéro spécial : les coopérations entre établissements de santé - octobre 1998

Chambre régionale des comptes des Pays de la Loire - Synthèse des observations définitives relatives aux établissements publics de santé - année 1999

Etude de Karine Bachelier sur les budgets hospitaliers de la région des Pays de la Loire - septembre 2000

Approbation des programmes d'investissement des établissements publics de santé - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire - Monsieur TIRILLY - Ingénieur Régional de l'Equipement - année 1999

Etude sur les programmes d'investissement des établissements de santé sous dotation globale - CRAM des Pays de la Loire - 24 novembre 1999

Budget primitif 2001 du Centre Hospitalier de Cholet

Rapport financier - exercice 1999 - Centre Hospitalier de Cholet

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne - Les contrats d'objectifs et de moyens des établissements financés par dotation globale - "Guide Méthodologique" - juillet 1999

Caisse Régionale d'Assurance Maladie des Pays de la Loire - Synthèse des comptes administratifs - novembre 2000

Crédit Local de France - Direction Régionale Pays de la Loire - Réflexions sur la négociation collective des emprunts des établissements hospitaliers - 29 juillet 1997

Club Perspectives Public, Privé - Les investissements immobiliers de l'hospitalier - par Christian Bougeard - Architectes Inégnieurs Associés - 23 mai 2000

Banque hospitalière de Données Statistiques et Financières - Rapport d'experts - Finances - Activité - ressources Humaines - édition octobre 1999

Contrat de plan Etat-Région des Pays de la Loire - 2000 - 2006

Guide procédures de l'ARH des Pays de la Loire - septembre 1999

## ABREVIATIONS

APS :	Avant-Projet-Sommaire
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
BDSF :	Banque de Données et Financières
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMR :	Caisse Mutuelle Régionale
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ELSM :	Echelon Local du Service Médical
ERSM :	Echelon Régional du Service Médical
FASMO :	Fonds d'Accompagnement Social de Modernisation
FIMHO :	Fonds d'Investissement et de Modernisation Hospitalier
FNADT :	Fonds National pour l'Aménagement du Territoire
GEODE :	Application nationale de suivi de la dotation régionale
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
OLTR :	Ouverture de crédits à Longt Terme Renouvelable
ONDAM :	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PGF :	Plan Global de Financement
PRS :	Programme Régional de Santé
ROB :	Rapport d'OrientatIon Budgétaire
SROS :	Shéma Régional d'Organisation Sanitaire
UHSO :	Union Hospitalière du Sud-Ouest