



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'Hôpital  
Promotion 2006**

---

**De l'intérêt de faire double usage d'une matrice  
des risques dans un BEH :  
négocier aujourd'hui l'allocation des risques,  
projeter la politique qualité de demain.**

**- Expérimentation au Centre hospitalier de Saint-Nazaire en vue  
de la future Cité Sanitaire -**

---

**Clarisse MENAGER**

---

# Remerciements

---

Merci à toutes celles et ceux qui, lors de mes deux stages pratiques, ont su confirmer mon envie d'appartenir à la communauté des hospitaliers.

Je dois un remerciement particulier à Madame Anne-Claire AMPROU, mon encadrant mémoire, directrice du Plan Hôpital 2007 au Centre hospitalier de Laval, pour son suivi attentif, sa disponibilité et son partage d'expériences « emphytéotiques ».

Je tiens à remercier Monsieur Bernard GARIN, administrateur du GCS « Cité Sanitaire » pour son accueil amical dans les locaux du GCS.

Mes remerciements vont également à Monsieur Yvan PERARD, directeur du Centre hospitalier de Saint-Nazaire, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction, qui ont tous su me réserver un accueil chaleureux au sein de leur établissement.

Martine MACE, ma maître de stage, a été un soutien précieux. Son sens du compagnonnage m'a permis de vivre un stage formateur et motivant.

Merci enfin au Docteur Benoît LIBEAU, à Eliane RAUMAIN et Pierre NASSIF pour leur irremplaçable expertise sur les coulisses du soin.

---

# Sommaire

---

*Introduction* .....

I. <b>La matrice des risques, de l'outil de négociation au document contractuel</b>
---

A. **Une matrice des risques fondatrice et évolutive** .....

1. **Un partenariat fondé sur le partage des risques** .....

1.1. La matrice des risques ou l'esprit d'un contrat

1.1.1. La carte d'identité d'une matrice des risques

1.1.2. Des transferts de risques variables selon les contrats

1.2. Une matrice, des matrices

1.2.1. Identifier les risques du projet

1.2.2. La matrice des risques vue par les consortia

1.2.3. Un outil de différenciation des candidats

1.2.4. Un outil contractuel de suivi d'exécution du contrat

1.3. Un intérêt mutuel à l'épreuve du risque

1.3.1. Introduire dans le contrat des modes de fonctionnement du privé

1.3.2. Tirer parti des capacités économiques et techniques du privé

1.3.3. Dissocier la fonction de la mission

1.3.4. Des frontières pourtant bien préservées

2. **Un outil de négociation de l'allocation optimale des risques entre cocontractants** .....

2.1. Une matrice induite essentiellement par une stratégie financière

2.1.1. Une logique d'enveloppe fermée

2.1.2. Technique de financement et partage des risques

2.2. A la recherche du périmètre optimal de transfert des risques

2.2.1. Du pragmatisme des PFI à la prudence des BEH français

2.2.2. Entre stratégie d'externalisation et d'internalisation

2.2.3. Des facteurs de répartition internes à un établissement

2.2.4. Un optimum sur mesure

**B. Les limites d'une matrice des risques : une incertitude certaine.....**

**1. L'absence de visibilité globale sur les risques d'aujourd'hui et de demain**

**1.1. Une évaluation systémique des risques incomplète**

- 1.1.1. Une difficile projection des risques
- 1.1.2. Une dimension qualitative encore trop discrète
- 1.1.3. Une matrice des risques peut en cacher une autre

**1.2. Le difficile chiffrage du coût des risques**

- 1.2.1. Une connaissance imparfaite du coût associé à chaque risque
- 1.2.2. Des projections financières incertaines

**1.3. L'évolutivité des risques**

- 1.3.1. Prévoir les activités stratégiques de demain
- 1.3.2. Prévoir l'évolution des obligations réglementaires

**2. La porosité de la ligne de répartition des risques entre le public et le privé**

**2.1. Une répartition théorique des risques**

- 2.1.1. Le miroir grossissant des enjeux de la relation partenariale
- 2.1.2. Le risque comme continuum

**2.2. Un partage de responsabilité à définir**

- 2.2.1. L'EPS est responsable de la sécurité sanitaire de ses patients
- 2.2.2. Etablir le partage contractuel des responsabilités entre partenaires

**2.3. Pour une cartographie des risques**

**C. Les raisons d'un exercice d'anticipation.....**

**1. L'efficience opérationnelle, un critère complémentaire**

**2. Les théories micro-économiques du contrat appliquées au BEH**

II. **Se saisir de la matrice des risques pour se projeter dans la politique qualité de demain : un exercice d'anticipation.** .....

**A. Prévoir ce qui changera en 2012, à l'ouverture de la Cité Sanitaire**

**1. Caractéristiques d'une politique qualité au sein d'un EPS ayant recours au BEH**

1.1. Intégrer le transfert de risques à la conduite globale de la politique qualité

1.1.1. Les modifications de l'existant : périmètre de gestion et devoir de contrôle

1.1.2. Les conséquences d'une contractualisation de la qualité

1.2. Un contexte réglementaire favorable à un effet d'apprentissage

1.2.1. Une culture de la contractualisation de la qualité encore naissante

1.2.2. Déléguer aux pôles, transférer au consortium : une même exigence de formalisation

1.3. Les contraintes nouvelles d'une amélioration continue de la qualité

1.3.1. Une amélioration continue de la qualité sous contrat

1.3.2. Du contrôle à l'assurance qualité

**B. Poser les bases de la politique qualité au sein du GCS Cité Sanitaire**

**1. Contractualiser le contenu de la future politique qualité**

1.1. Investir dans la qualité, une décision à prendre

1.1.1. Sanctuariser dans le loyer un coût d'investissement de la qualité

1.1.2. Négocier un optimum d'investissement : un coût incompressible de contrôle

1.1.3. Mesurer l'optimum d'investissement à l'aune des spécificités hospitalières

1.2. Contractualiser et inciter à la performance

1.2.1. Définir la performance, une nouvelle culture

1.2.2. Choisir des indicateurs pertinents

- 1.2.3. Contractualiser des pénalités financières :entre sanction et incitation

## **2. De l'architecture de la politique qualité à la gouvernance qualité de la Cité sanitaire**

### 2.1. Un dispositif institutionnel de contrôle de l'emphytéote

- 2.1.1. Le choix d'un comité paritaire opérationnel

- 2.1.2. L'impact sur le positionnement de la direction de la qualité

### 2.2. Une exigence visible de technovigilance et de coordination globale des vigilances

- 2.2.1. La technovigilance en acte

- 2.2.2. Opportunité d'une réflexion globale sur la coordination des vigilances

### 2.3. L'impact en terme de ressources humaines

- 2.3.1. Un impact quantitatif sur les effectifs

- 2.3.2. Un impact qualitatif sur les profils de poste

## **C. Propositions d'outils d'aide à l'anticipation**

- 1. Feuille de route pour aborder les négociations en PPO, PPS, PPD**

- 2. Susciter des solutions innovantes d'exécution du contrat**

- 3. La mise en abîme du risque.**

## **Conclusion**

---

## Liste des sigles utilisés

---

BEH : Bail emphytéotique hospitalier  
CHSN : Centre hospitalier de Saint-Nazaire  
CIQ : Coût d'Investissement dans la Qualité  
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales  
CME : Commission médicale d'établissement  
CNQ : Coût de la Non Qualité  
COMEDIMS : Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles  
COQ : Coût d'Obtention de la Qualité  
CP : Contrat de Partenariat  
CSTH : Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance  
DAF : Dotation Annuelle de Financement  
DSP : Délégation de service public  
ETP : Equivalent temps plein  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
HAS : Haute Autorité de Santé  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
MLA : Mutuelle Loire Atlantique  
MOP : Maîtrise d'ouvrage publique  
PFI : Private Finance Initiative  
PPO : Principe partenarial organisationnel  
PPS : Principe partenarial sommaire  
PPD : Principe partenarial détaillé  
PPP : Partenariat public- privé  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
T2A : Tarification à l'activité

## Introduction

« La plus grande prévoyance est d'avoir des heures destinées à prévoir les choses »

Baltasar Gracian, Maximes.

15 janvier 2013. Le « Comité Prévention des Risques et Coordination des Vigilances » de la Cité Sanitaire Nazairienne se réunit. Autour de la table sont rassemblés le coordonnateur Stratégie et Qualité de ce nouveau pôle de santé, le gestionnaire des risques techniques, le médecin chef de service de l'Hygiène hospitalière, le Responsable maintenance- exploitation de la société de projet « Consortium X », le contrôleur de maintenance du GCS et enfin un représentant des usagers. Ils auront à examiner les trois points inscrits à l'ordre du jour : le rapport annuel consolidé du consortium sur ses activités de maintenance et d'exploitation , le rapport « Nosovigilance » pour l'année passée, et enfin le « Bilan 2012 des performances et pénalités du Consortium X ». Au terme de cette réunion, les bases du « Programme annuel 2013 de prévention des risques techniques et environnementaux et de coordination globale des vigilances » auront été conjointement établies.

Ce qui pourrait ressembler au chapitre introductif d'un essai de science-fiction hospitalière est en fait une simple mise en scène des défis organisationnels et opérationnels de l'exécution d'un contrat de BEH, tel celui que signera la Cité Sanitaire Nazairienne début 2008.

Constituée en octobre 2005 sous forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit public par le Centre hospitalier de Saint-Nazaire et le groupe de cliniques PSPH Mutuelle Atlantique , la Cité Sanitaire devrait voir le jour à l'horizon 2012, pour une capacité totale de 826 lits. Dans l'objectif d'offrir au territoire de santé une offre de soins complète et cohérente, les partenaires hospitalier et mutualiste ont procédé au partage de leurs activités et élaboré un projet médical commun définissant les compétences de chacun. Ils ont par ailleurs approfondi des liens de coopération déjà existants. Une logique de complémentarité, sur le modèle client- fournisseur, a été actée pour des prestations transversales comme la gestion du bloc opératoire et la blanchisserie.

Ce fonctionnement très intégré commandait donc le regroupement de ces activités ainsi réparties entre partenaires sur un site commun. Confronté à un manque d'espace et à la vétusté de ses locaux, le Centre hospitalier n'était pas en mesure d'accueillir sur son site les activités de la Mutuelle Atlantique.

Les partenaires ont donc décidé de construire un nouvel établissement sur un site extérieur, dénommé « le Préhembert », et d'opter pour un montage juridique et financier de partenariat public- privé : le bail emphytéotique hospitalier (BEH).

Le BEH appartient à la catégorie des partenariats public- privé contractuels de long terme et constitue un outil complémentaire de la commande publique. Instauré par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement hospitalier, le bail emphytéotique hospitalier a vu certaines de ses modalités précisées par l'ordonnance du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat (CP).

Le BEH est en effet un contrat global qui permet de confier le financement, la conception, la construction mais aussi une partie ou totalité de l'exploitation et maintenance du bâtiment à un consortium, constitué sous forme de société de projet. Celle-ci rassemble un groupement d'opérateurs privés parmi lesquels un financeur, un concepteur, un constructeur et un mainteneur, mais elle n'est représentée que par un seul mandataire, unique interlocuteur de la personne publique. Le consortium, également appelé « preneur de bail », est rémunéré par un loyer annuel que lui verse la personne publique, le « bailleur », pour une durée pouvant être comprise entre 18 et 99 ans. Le paiement de ce loyer est fonction de la performance du cocontractant, établie contractuellement sur la base d'indicateurs et sanctionnée par des pénalités financières.

A l'expiration du contrat de bail, la personne publique, ici en l'occurrence le GCS Cité Sanitaire, deviendra propriétaire du bâtiment qui devra présenter un bon état de maintenance et d'entretien.

Le GCS « Cité Sanitaire Nazairienne » a entamé la procédure de dialogue compétitif avec trois consortia. Ce dialogue doit permettre de susciter au sein des groupements des solutions architecturales et techniques innovantes en vue de la construction et de la maintenance du futur bâtiment. La Commission de dialogue du BEH a examiné en juin 2006 les offres de « principe partenarial et d'organisation » (PPO) des trois candidats admis à concourir. En septembre 2006, seuls deux candidats remettront leur « principe partenarial sommaire » (PPS). Au terme du dialogue compétitif qui s'achèvera sur l'examen des offres de « principe partenarial détaillé » (PPD), le GCS signera le contrat de bail emphytéotique hospitalier avec le candidat que la Commission de Dialogue aura classé premier.

Au Centre hospitalier de Saint-Nazaire, en partenariat avec la Mutuelle Atlantique, l'étude du projet de BEH a mobilisé les acteurs bien en amont de la phase de dialogue compétitif.

Lors du premier stage hospitalier, en février 2005, l'opportunité m'a été donnée de participer à la réunion d'étude de la « matrice des risques du BEH ». Pour qui n'est pas versé dans la complexité du bail emphytéotique hospitalier, la matrice des risques constitue une excellente porte d'entrée pour en comprendre l'esprit et le fonctionnement. Elle synthétise et porte la philosophie de ce contrat, dans lequel le partenariat public-privé se traduit par le partage entre cocontractants des risques du projet. Ces risques sont liés aux différents cycles de vie du projet, depuis son financement, la passation du contrat, sa conception et sa construction, jusqu'à son exploitation et sa maintenance, partielle ou totale. Ils peuvent être confiés à la personne publique, transférés au partenaire privé ou encore partagés entre les cocontractants.

Lors de la réunion interne et préparatoire de février 2005, la répartition prévisionnelle des risques a largement été induite par des aspects financiers. Ceux-ci revêtent en effet une importance stratégique majeure dans la mesure où la viabilité financière du contrat repose sur une allocation claire et optimale des risques. Dans une logique d'enveloppe fermée, chaque transfert de risque au privé renchérit le prix du loyer versé par le bailleur. Le transfert de risques n'équivaut donc pas à un simple transfert de charges mais à la recherche, en fonction des capacités techniques, économiques et financières des cocontractants, du meilleur couple risque/loyer. Ainsi, la matrice des risques implique de dissocier la fonction du risque et de réfléchir, sur le mode partenarial, aux moyens de l'optimisation de l'exécution du service public hospitalier.

Cette stratégie financière ne peut pas se départir d'une approche juridique en terme de responsabilité. Le transfert de risque impose de prévoir les clauses contractuelles qui définiront le partage de responsabilité entre cocontractants et qui préciseront les modalités de son imputation. Deux démarches différentes bien que solidaires l'une de l'autre sont donc mises en œuvre : une démarche financière probabiliste, qui étudie les différents scénarii d'incidences des risques financiers, et une démarche déterministe, qui recherche le lien entre le préjudice, la cause et son auteur.

Ce partage contractuel des responsabilités demande à chacun des partenaires d'être en mesure d'apporter la preuve de la bonne exécution du contrat. En particulier, le preneur doit démontrer le respect des performances qui lui sont opposées contractuellement. Si bien que l'administration de la preuve suppose d'avoir prévu les conditions pratiques d'une relation partenariale au quotidien.

La présence d'un tiers contractuel dans le fonctionnement hospitalier induit de réfléchir au moyen d'adapter l'organisation à l'exigence de ce partenariat. L'impact organisationnel du partage des risques m'est donc apparu comme un aspect décisif de la viabilité pratique du contrat. La stratégie financière et juridique des négociations de BEH devait donc s'épaissir d'une stratégie d'anticipation des choix organisationnels. D'aujourd'hui dépendraient les relations de demain.

La matrice des risques, dès au niveau préparatoire et a fortiori lors du dialogue compétitif, amène la personne publique à se poser des questions concrètes sur le fonctionnement du contrat après la livraison de l'ouvrage. Ces questions découlent de l'existence du transfert de prestations que l'on doit néanmoins formellement contrôler et tracer. Par exemple, le bailleur doit déterminer la nature et le nombre d'indicateurs qualité à opposer au privé, cadrer la gestion des risques techniques et sanitaires, fixer le niveau de qualité à obtenir. Les réponses qu'il apportera devront être adaptées au fonctionnement d'un contrat, où il est aussi difficile de prévoir que de revoir.

On le voit, les enjeux liés à une relation partenariale basée sur la performance et son contrôle signalent en creux les défis d'une politique qualité au sein de la Cité sanitaire. Cet horizon post- contractuel apparaît certes encore lointain, mais un certain nombre d'aspects pratiques de la relation contractuelle méritent d'être anticipés dès aujourd'hui. Réfléchir à l'impact organisationnel du transfert de risques au privé implique de se pencher sur deux aspects fondamentaux d'une politique qualité : son contenu d'abord, son architecture ensuite, ou plus précisément pour un établissement ayant fait le choix d'un BEH, sa « gouvernance ».

Le choix du terme de « politique qualité » a été fait à dessein afin de souligner les arbitrages qui devront être opérés par le GCS au cours des négociations et qui influenceront à moyen et long terme les orientations du pilotage de la qualité. En effet, à l'ouverture de la Cité Sanitaire, une partie du contenu de la politique qualité aura déjà été contractuellement définie dans le cadre du BEH. Si le GCS décide de transférer une partie ou la totalité des activités de maintenance et d'exploitation au privé, il s'engagera alors à sanctuariser les dépenses afférentes à ces postes budgétaires pour une durée de long terme. Le niveau du transfert, les performances opposables, les indicateurs et les pénalités associées sont autant d'éléments qui auront été arrêtés puis mis point avec le groupement retenu. Ce faisant, le GCS aura déterminé le coût d'investissement et d'obtention de la qualité.

Par « contenu » de la future politique qualité, il est également fait référence à l'ensemble des risques transférés dont la gestion par le preneur peut impacter le cœur de métier de la personne publique. Aux côtés des risques de conception et de construction qui peuvent durablement impacter la qualité des soins délivrés, on compte également l'ensemble des risques techniques et environnementaux. Leur particularité commune est d'assumer un rôle propre dans la chaîne concourant à la maîtrise des risques sanitaires et de pouvoir interférer, chacun à un degré de criticité différent, dans la continuité des soins. Il convient donc d'interroger les moyens contractuels d'assurer le contenu de cette politique qualité. Cette exigence d'assurance s'impose aux établissements de santé qui, quelle que soit la forme juridique retenue pour la construction et la maintenance de leur bâtiment, sont responsables de la sécurité sanitaire des patients accueillis et des utilisateurs en général. Ce champ d'investigation semble d'autant plus incontournable qu'il permet de ressaisir avec une actualité nouvelle un certain nombre de débats hospitaliers anciens sur la relation public- privé.

La viabilité du BEH dépendra largement de l'ossature donnée à la politique qualité dans son ensemble : le mode de coordination avec le consortium, l'échange transparent d'informations, la réactivité mutuelle, mais aussi l'intégration qui sera opérée avec l'existant. Ce dernier point est la condition du maintien d'un pilotage global de la qualité tel qu'il est préconisé dans un établissement de santé. Les formes d'une « gouvernance » de la qualité au sein de la Cité Sanitaire sont donc encore à inventer. Les conséquences organisationnelles de l'allocation des risques en BEH requièrent ainsi de la part des équipes de direction de mobiliser des compétences d'anticipation stratégique.

Cet exercice de projection dans les modalités d'une gouvernance « qualité » aurait pu s'arrêter là s'il n'avait présenté un intérêt pour la négociation de la matrice des risques. Celle-ci n'est pas un document statique. Au gré des négociations, elle évolue et induit des clauses contractuelles spécifiques qui définissent les modalités pratiques du partage. A condition de s'en saisir, la matrice des risques peut être un outil actif d'identification des enjeux, financiers, juridiques, organisationnels. Le bailleur aura tout intérêt à évaluer ensemble ces trois aspects interdépendants.

Un usage itératif de la matrice des risques, entre projection d'une politique qualité et négociation du contrat de bail, apparaît donc nécessaire pour sécuriser les relations contractuelles des deux partenaires.

Au-delà de cet objectif majeur de sécurisation juridique du contrat, c'est le transfert opérationnel des risques qui est également visé par cette démarche. Les clauses du contrat peuvent être correctement exécutées d'un point de vue juridique sans qu'il y ait création de valeur ajoutée dans le service final rendu à l'utilisateur.

Or une des particularités de ce type de contrat global de partenariat est de placer la qualité du service rendu à l'utilisateur au cœur de la relation contractuelle. L'absence d'intégration technique et managériale du mode de fonctionnement des sociétés du consortium, tout comme l'imprévision des moyens d'une coordination active peuvent avoir à terme un impact global négatif sur l'organisation hospitalière.

L'efficacité opérationnelle du transfert des risques mérite donc d'être examinée, dans un souci d'évaluation du coût global de l'opération.

Ainsi, la logique de dévoilement des coûts cachés propre à la passation d'un BEH peut être plus parfaitement déployée. Ces coûts cachés sont de plusieurs ordres : des coûts budgétaires directs liés à l'imprévision du fonctionnement des relations contractuelles, des coûts indirects liés à la désorganisation du système et à la perte de qualité, un coût moins visible encore, le coût social de la démotivation. Enfin, en dépit de sa faible probabilité d'occurrence, il est impératif d'anticiper le coût humain de risques techniques non maîtrisés, générés par une suite d'événements indésirables, de l'imperfection du contrôle public au manque de coordination.

L'objet de cette étude est de mettre en exergue l'existence d'un risque inhérent à la stratégie de transfert. Avant même de générer un risque financier et juridique, le partage des risques induit a priori un risque organisationnel. Différents niveaux de risques interfèrent en BEH qu'il convient de distinguer : les risques liés au cycle de vie du contrat (financement, conception, construction, exécution), aux activités transférées (exploitation, maintenance) et les risques portés par la stratégie de transfert. Il est donc utile de se saisir de la matrice des risques pour pouvoir prendre le maximum de risques avec un maximum de précautions.

La démarche déployée ici se donne donc pour objectif de démontrer l'opportunité d'une projection réaliste et concrète d'une politique qualité en 2012 afin de mieux négocier aujourd'hui l'ensemble des clauses contractuelles assurant le partage des risques entre cocontractants.

Pour ce faire, il sera procédé en deux étapes. La première s'attachera à présenter les potentialités et limites d'usage d'une matrice des risques avant de mettre en évidence la nécessité d'un usage prospectif, propre à prévoir et sécuriser les futures relations contractuelles des parties prenantes au bail.

La seconde étape spécifiera les défis posés par le pilotage global de la qualité dans un établissement où une partie des risques est sortie du périmètre de gestion directe. Cette étude s'achèvera par des préconisations étayées de propositions d'outils, dont bailleurs et futurs bailleurs, espérons-le, pourront se saisir pour inventer la gouvernance qualité de leur BEH.

Cette démarche en deux temps a pris appui sur une méthodologie croisant plusieurs sources d'informations. Elle découle des spécificités de la problématique mais aussi des contraintes imposées par le BEH au recueil d'information. En effet, en vertu de l'obligation faite aux bailleurs de préserver le secret commercial des consortia candidats, il était impossible de recueillir de façon détaillée les propositions des groupements sur leur gestion future de la qualité au sein de la Cité Sanitaire. En revanche, un étalonnage des pratiques de bail entre projets permettait de déterminer des éléments de constance dans l'approche des négociations. Dans le même temps, il permettait de saisir et d'interroger les spécificités des projets, qu'elles soient culturelles ou locales.

C'est pourquoi cet exercice de comparaison a mobilisé trois niveaux d'analyse.

Après m'être documentée sur la philosophie du BEH, j'ai souhaité tout d'abord étudier de l'intérieur du projet les pratiques des acteurs, leurs objectifs, explicites ou latents, leurs doutes et leur cheminement. L'autorisation m'a donc été donnée d'assister aux réunions thématiques du « GCS Cité Sanitaire », dédiées à l'analyse des offres de principe partenarial organisationnel (PPO). Les groupes AUHM (Architecture, Urbanisme, Hygiène et Matériaux), TLME (Technique, Logistique, Maintenance, Exploitation) ainsi que les groupes transversaux « Finances » et « Juridique » ont délivré des éléments d'expertise intéressants pour mon sujet. Différents points de vue étaient à l'œuvre : ceux des professionnels des deux entités du GCS : Centre hospitalier de Saint-Nazaire et Mutuelle Atlantique, ceux des assistants à la personne publique, et enfin ceux des professionnels consultés en interne, au retour des réunions. Il a fallu ensuite croiser les données recueillies dans ces quatre groupes afin d'évaluer l'usage qui était fait de la matrice des risques au sein du GCS Cité Sanitaire. Ainsi, il devenait possible d'évaluer les stratégies permises par une matrice des risques et ses limites d'usage. Enfin, une comparaison avec les données théoriques devait permettre de d'expliquer pourquoi l'allocation des risques n'obéit pas toujours à une logique de partenariat pure et parfaite.

Pour un second niveau d'analyse, il est apparu indispensable de comparer les pratiques observées à Saint-Nazaire avec celles d'autres établissements recourant au BEH.

Une grille d'entretien a donc été élaborée, devant servir de support aux entretiens semi-directifs. Au vu du nombre encore restreint d'établissements entrés en phase de dialogue compétitif, aucune visée statistique n'était recherchée. Un premier objectif consistait à recueillir des éléments de particularité dans l'usage de la matrice des risques. Un second objectif plus qualitatif visait à interroger les bailleurs sur leur approche de la qualité en amont et en aval du contrat. Le questionnaire comportait donc des questions ouvertes et semi-ouvertes, dédiées à des entretiens sur place ou téléphoniques. Trois établissements ont accepté de répondre: le Centre hospitalier de Laval et le Centre de soins de Besançon qui offraient le point de vue de structures où le contrat de bail avait déjà été signé, enfin le Centre hospitalier universitaire de Rennes où, comme à Saint-Nazaire, le dialogue compétitif est en cours. Le modèle de la grille d'entretien se trouve en **annexe n°1** de ce mémoire.

Afin de ne pas être captif de la seule vision de la personne publique, une recherche a été menée sur la perception par les consortia de l'usage d'une matrice des risques. Les lettres d'information des sociétés de financement ainsi que les colloques consacrés au partenariat public- privé ont donc été exploités.

Compte tenu de l'implication récente des équipes de projet françaises dans les BEH, un manque de recul et de retour d'information ne concédait pas la possibilité de rapporter les pratiques d'aujourd'hui aux réalisations d'hier. Dès lors que les projets s'y prêtaient, des comparaisons ont été faites avec des formes françaises de partenariat public- privé antérieures au BEH (délégation de service public, location avec option d'achat, conception construction aménagement).

Enfin, au vu de la plus grande maturité temporelle des projets menés au Royaume-Uni (sous forme de *Private Finance Initiative* puis de *Private Partnership Project*), une mise en perspective des pratiques a été faite afin de caractériser l'approche du transfert des risques des deux côtés de la Manche. Les expériences britanniques, dans le domaine des hôpitaux publics et des administrations d'Etat, constituent en effet de précieuses sources d'enseignement pour guider les bailleurs français dans la négociation du partage des risques. La mission d'étude menée au Royaume-Uni par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) a constitué un premier recueil d'information. Ce dernier a été incrémenté par les analyses du Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) mises en forme dans un ouvrage récent, paru en novembre 2005 : « Partenariat public- privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ? »

Après cet état des lieux de l'usage de la matrice des risques, il convenait d'asseoir la méthodologie propre à l'exercice d'anticipation. J'ai donc confronté les caractéristiques d'un contrat de BEH à la configuration actuelle de la politique qualité du Centre hospitalier de Saint-Nazaire. A partir de là, il devenait possible d'identifier les points de mutation à venir et les exigences de fonctionnement auxquelles il faudrait se préparer. Une première approche de la question induisait tout d'abord d'établir à quel niveau le transfert de risques impacterait la qualité des prestations (coût, dysfonctionnements, organisation ?). J'ai proposé à l'Equipe du Service d'Hygiène Hospitalière de se prêter à un exercice d'analyse à priori des risques afin d'identifier les points de faiblesse potentiels d'un système où une partie des risques a été sorti du champ de gestion directe. Au vu des caractéristiques du projet, le choix s'est porté sur une analyse préliminaire des risques (APR) du transfert des risques environnementaux. La même analyse a été menée pour les risques techniques, cette fois en collaboration avec le Responsable des Services Techniques.

Afin de compléter ce premier travail, les directeurs fonctionnels concernés par la contractualisation de la qualité en 2012 ont été interrogés : les directions des Finances (impact financier du transfert de risques), des Services Economiques (coût de la non qualité), des Ressources Humaines (impact du transfert des risques sur le personnel, la Direction des Soins (projet de soins de la Cité Sanitaire impacté par le transfert de risques) et, de façon incontournable, la Direction de la Qualité.

Enfin, divers outils d'aide à l'anticipation du transfert des risques ont été soumis à l'administrateur du GCS ainsi qu'à l'Ingénieur des Services Techniques du Centre hospitalier. Leurs réactions ont permis de vérifier leur pertinence et de faire en sorte qu'ils soient des auxiliaires de travail utiles pour tous les bailleurs qui auront à gérer des relations partenariales dénuées d'ambiguïté contractuelle.

# I. La matrice des risques, de l'outil de négociation au document contractuel

---

## A. Une matrice des risques fondatrice et évolutive

Fin 2008, le «GCS Cité sanitaire » signera le contrat de bail emphytéotique hospitalier. Le partage des risques avec le consortium lauréat deviendra alors contractuel. Mais avant d'être concrètement traduite dans une relation partenariale quotidienne, la matrice des risques aura connu différents stades de définition et de développement.

### 1. Un partenariat fondé sur le partage des risques

#### 1.1. La matrice des risques, ou l'esprit d'un contrat

La matrice des risques n'est pas spécifique au bail emphytéotique hospitalier. Eprouvée déjà dans les secteurs secondaire et tertiaire, elle est un outil de pilotage et de suivi des projets industriels, bancaires et financiers complexes, pour lesquels l'évaluation de l'incidence des risques est déterminante. La matrice est dans ce cadre utilisée pour identifier les risques inhérents aux caractéristiques du projet considéré, mesurer leur criticité (ou sévérité) et la probabilité de leur occurrence. Différentes hypothèses sont alors instruites conduisant à l'élaboration de scénarii distincts.

Toutefois, une matrice des risques en BEH diffère sensiblement dans sa composition car elle porte et reflète la philosophie spécifique d'un contrat global de partenariat. Tout projet comporte des risques. Un risque peut être défini comme étant un événement, un facteur ou une influence qui menace la bonne marche du projet en agissant sur les délais, les coûts ou la qualité des prestations réalisées. L'évaluation de ces risques et la façon dont ils peuvent être gérés sont l'essence du montage d'un contrat de partenariat public privé. La finalité même de ce type de montage est d'affecter l'ensemble des risques afférents à un projet à l'entité, publique ou privée, la mieux à même de l'assumer<sup>1</sup>. Le principe du bail emphytéotique hospitalier est de répartir les risques entre ceux des cocontractants qui sont les mieux à même de les supporter du point de vue technique, économique et financier<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> MAJZA B., BAYARD S. Le contrat de partenariat et le risque , *Contrats publics*, n°56, juin 2006

<sup>2</sup> LIGNIERES P. Partenariats public- privé, 2<sup>ème</sup> édition, Lexis Nexis, Litec, 2005, p. 229 et s.

La répartition des risques constitue la condition d'un véritable partenariat public-privé. L'étape de sa négociation en est donc l'élément fondateur. Dans des projets aussi complexes que les projets hospitaliers, les risques peuvent être très importants. Il est donc souhaitable qu'ils soient systématiquement portés par la personne la plus apte à la maîtriser dans les meilleures conditions économiques. Cette formule classique de financement de projet doit guider les partenaires public et privé dans la recherche de l'allocation optimale des risques.

### 1.1.1. La carte d'identité d'une matrice des risques

La matrice des risques en BEH se présente donc sous forme d'un tableau à double entrée, mettant en regard d'un côté les risques du projet hospitalier et de l'autre trois possibilités d'allocation des risques : le risque peut être supporté par la personne publique, transféré au privé, ou encore partagé entre le public et le privé.

Dans une présentation standardisée de la matrice, les risques recensés sont classés selon deux modes d'appartenance : les risques transversaux du projet (risques juridiques et financiers) et les risques liés aux différents cycles de vie du contrat. Ceux-ci sont regroupés sous trois chapitres principaux : risques de conception, risques de construction, risques d'exploitation- maintenance (ou risques liés à l'exécution du contrat). Lorsque le partage des risques est définitivement arrêté entre les cocontractants, il est inscrit dans la matrice. Celle-ci permet alors de visualiser l'ensemble des risques et de voir immédiatement la partie qui l'assume. Une allocation simplifiée des risques se propose de retracer ci-dessous un mode de répartition fréquent, présent dans la grande majorité des projets de BEH :

<b>RISQUES HABITUELLEMENT TRANSFERES AU PARTENAIRE PRIVE</b>	
<b>CONCEPTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non-respect du programme lors de la conception</li> <li>Non-respect des délais et des coûts prévus pour développer la conception</li> <li>Changement de conception à la demande du constructeur</li> <li>Changement de conception requis par les autorités d'urbanisme, de prévention incendie, etc...</li> </ul>
<b>CONSTRUCTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coût et délais mal estimés</li> <li>Difficultés imprévues pour les fondations</li> <li>Vol de matériel sur le site</li> <li>Incapacité à garantir le respect de la réglementation du travail sur le chantier</li> <li>Défaillance des sous-traitants</li> <li>Vices cachés</li> <li>Changement de contexte réglementaire général</li> </ul>
<b>EXPLOITATION- MAINTENANCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indisponibilité du bâtiment</li> <li>Défaillance de maintenance du bâtiment sur la durée du contrat</li> <li>Non- délivrance du service aux occupants du bâtiment</li> <li>Qualité de service inférieure à celle exigée</li> <li>Hausse des coûts de maintenance et des équipements</li> </ul>

<b>RISQUES HABITUELLEMENT PARTAGES</b>	
<b>CONCEPTION</b>	Aucun
<b>CONSTRUCTION</b>	Gains liés à une livraison du bâtiment plus rapide que prévu Obtention des permis
<b>EXPLOITATION- MAINTENANCE</b>	Economies d'énergie réalisées
<b>RISQUES HABITUELLEMENT CONSERVES PAR LA PERSONNE PUBLIQUE</b>	
<b>CONCEPTION</b>	Changements de conception réclamés par la personne publique Défaillance dans les études préalables du concédant
<b>CONSTRUCTION</b>	Force majeure Changements légaux et fiscaux discriminatoires et spécifiques au projet (ex : règles sanitaires et sécuritaires)
<b>EXPLOITATION- MAINTENANCE</b>	Modification des conditions d'utilisation de l'ouvrage par la personne publique

Source : Inspiré du *Treasury Taskforce, How to construct a Public Sector Comparator, Technical Note n°5, Londres, 1999*

### *1.1.2. Des transferts de risques variables selon les contrats*

La spécificité du partage de risques en BEH s'illustre davantage dès lors qu'on la compare à d'autres formes contractuelles de la commande publique. Selon la nature de la relation public- privé, le périmètre et l'objet du transfert des risques diffèrent, tout comme le mode de rémunération du partenaire privé.

Dans une procédure classique de maîtrise d'ouvrage publique en contrats séparés, soumise à la loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique<sup>3</sup>, la personne publique transfère à son cocontractant la responsabilité de lui fournir les services, les fournitures ou/et les travaux selon les spécifications requises. Elle supporte l'essentiel des autres risques. Le paiement différé du cocontractant est interdit.

Si en revanche la personne publique opte pour une délégation de service public, elle transfère à son cocontractant les risques de gestion et de disponibilité de l'ouvrage. Le risque de recettes, ou de demande, est également transféré : la rémunération du délégataire est alors substantiellement liée aux résultats de l'exploitation de service. En synthèse, le délégataire exploite le service « à ses risques et périls ».

En BEH, tout comme pour l'ensemble des contrats de partenariats tels que définis par l'ordonnance du 17 juin 2004, le périmètre et les modalités du transfert diffèrent.

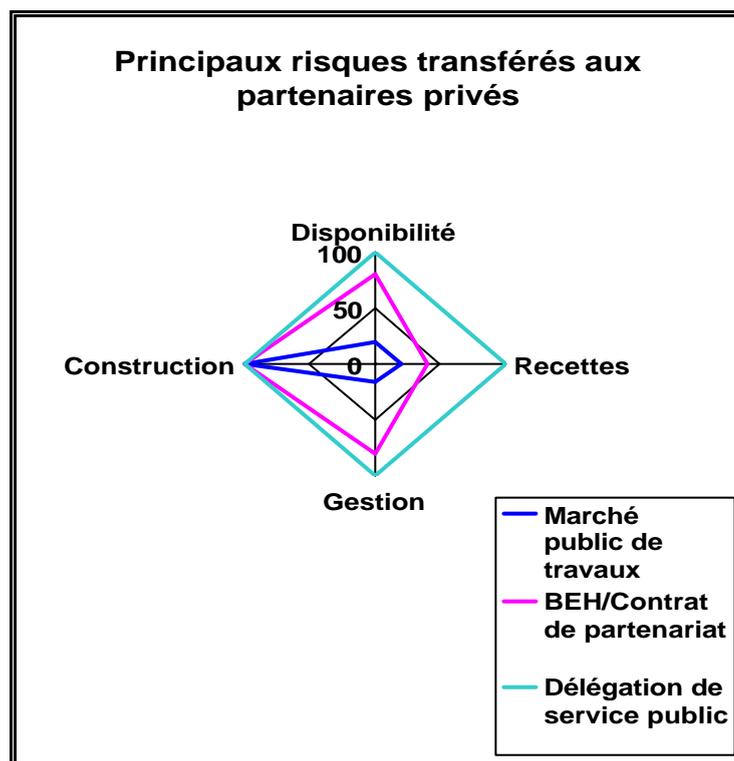
---

<sup>3</sup> Loi n°85-704 du 12 juillet 2004 relative à la maîtrise d'ouvrage publique (dite loi MOP). Contrairement aux contrats globaux de partenariat (comme le BEH ou le contrat de partenariat, les contrats passés en loi MOP sont des contrats séparés.

La personne publique transfère a minima les risques de construction et de disponibilité de l'ouvrage (et du service le cas échéant), ainsi que le risque de gestion.

Elle négocie lors de la phase de dialogue compétitif l'étendue du transfert des risques de conception, d'exploitation- maintenance, ainsi que les risques financiers et juridiques liés au projet. Les recettes du partenaire privé proviennent dans ce cas d'un paiement public et éventuellement de recettes accessoires. Dans ce type de contrat global de partenariat, le risque de recettes est donc limité.

Le graphique suivant résume les différentes caractéristiques de transfert des risques selon le mode contractuel de relation public- privé :



Source : Institut de la Gestion Déléguée

« Les Partenariats Public- Privé contractuels et la commande publique »

L'esprit du BEH commande de maintenir une cohérence entre les différentes décisions de transfert de risques. Ainsi, on constate qu'un transfert minimal de gestion est le corollaire du transfert des risques de construction, contrairement à la maîtrise d'ouvrage publique où ces deux cycles ne sont pas envisagés sous une même problématique. La délégation de service public apparaît comme la forme la plus aboutie de transfert des risques, puisque la rémunération du délégataire est également un risque supporté par le partenaire privé. En BEH, cette rémunération est contractualisée au sein d'un loyer dont seule une fraction peut être amputée en cas de non performance du cocontractant. Par comparaison, on saisit mieux l'essence du partenariat tel qu'il est prévu en BEH : les risques n'y sont pas transférés a priori, mais bénéficient d'un temps de négociation devant permettre des gains mutuels.

## 1.2. Une matrice, des matrices

Avant de devenir un outil synoptique décrivant le partage public- privé des risques, la matrice des risques connaît plusieurs étapes de mise au point, qui reflètent les différentes phases de traitement du risque au sein d'un BEH.

La matrice des risques n'a pas un objet unique ; sa composition et ses finalités évoluent en fonction de la séquence de travail dans laquelle on se situe. D'abord outil interne d'identification et de comparaison des risques entre contrats séparés et BEH, la matrice devient ensuite le support de construction de la relation public- privé. Les différents temps de la matrice sont ici analysés, avec un double regard permettant de croiser les usages de l'acteur public et les pratiques des consortia.

### 1.2.1. Identifier les risques du projet

Déjà, lors de la mise en œuvre du comparateur loi MOP/BEH<sup>4</sup>, la question de l'identification et de la quantification des risques se trouve au cœur de la problématique. Il est en effet reconnu que les personnes publiques ont tendance à sous-estimer les risques relatifs aux opérations passées en contrats séparés. Certains risques ne sont pas quantifiés par l'acteur public et ne sont donc pas explicités dans les coûts du projet. Ces coûts cachés sont donc implicitement assumés par la collectivité publique. Le fait même de prévoir le recours à un contrat global a le mérite d'obliger la puissance publique à identifier les risques que comporte le projet, de son développement à l'exploitation, puis à les quantifier.

La comparaison objective de solutions concurrentes nécessite en effet de réintégrer les risques de la solution publique qui sont rarement estimés a priori mais souvent assumés a posteriori<sup>5</sup>. La démarche consiste donc au préalable à les extérioriser en leur donnant une visibilité financière et juridique.

Le GCS « Cité Sanitaire Nazairienne » a procédé à la comparaison des différents scénarii de risques entre la procédure en contrats séparés et celle en BEH dont il a synthétisé les résultats dans une *Note sur le comparateur BEH et contrats séparés* datée de mai 2005<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Comparateur élaboré par la MAINH afin de décider de l'opportunité de la passation d'un contrat de bail par rapport à des contrats séparés (maîtrise d'ouvrage publique classique).

<sup>5</sup> BOUGRAIN F., CARASSUS J., COLOMBARD-PROUT M., *Partenariat public- privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ?*, Paris, Presses de l'École Nationale des Ponts et Chaussées, novembre 2005.

<sup>6</sup> Un extrait en est donné en ANNEXE N°2.

L'objet de cette note consiste à décrire les principales hypothèses et leurs incidences. Des hypothèses de coût (arrêtées en avril 2005), de calendrier et de financement servent de base à l'élaboration de huit scénarii de risques. Le scénario n°1 identifie et détaille les risques liés aux deux projets. L'étude de la méthodologie mise en œuvre lors de cette procédure de comparaison n'entre pas dans le cadre de cette étude. En revanche, l'émergence des risques liés au BEH intéresse notre sujet puisque cette étape d'identification est capitalisée ensuite par le GCS pour affronter les négociations.

Trois risques spécifiques au BEH sont identifiés : les avenants pour travaux supplémentaires, le surcoût consécutif à une mauvaise définition des prestations, le surcoût lié au contentieux. Comme on le voit, les risques identifiés font signe vers la principale difficulté constituée par cette procédure de BEH : la capacité de l'acteur public à prévoir et formaliser dans un cahier des charges ses exigences performantielles. La qualité de la future relation partenariale commence en effet dans la contractualisation claire et complète des attentes de la personne publique envers son emphytéote (ou preneur de bail).

En terme de méthode, un scénario d'incidence financière (surcoût ou absence de surcoût) est associé à chaque risque, puis est multiplié par sa probabilité d'occurrence. Le coût direct d'investissement complété du coût total des risques est ensuite projeté jusqu'au 31 décembre 2011, afin d'obtenir une valeur actualisée nette (VAN).

### *1.2.2. La matrice des risques vue par les consortia*

Cette étape initiale clôturée, la matrice des risques change d'objet et devient un outil de négociation, dont la valeur stratégique doit être bien assimilée par les acteurs publics. Les groupements candidats admis à concourir au dialogue compétitif bénéficient dans ce domaine d'un avantage comparatif du fait, pour la plupart, d'une expérience européenne du partenariat public- privé (PPP). Beaucoup ont éprouvé l'usage stratégique de la matrice des risques dans des opérations de *Private Finance Initiative* (PFI) hospitaliers et non hospitaliers (lycées, administrations publiques, centres d'incinération...) en Grande-Bretagne.

Dans un article daté de juin 2006<sup>7</sup>, Serge Bayard, directeur des partenariats public- privé du Groupe Caisse d'épargne explicite l'approche d'une matrice des risques par les groupements. Elle est présentée comme un « un outil d'analyse financière et statistique

---

<sup>7</sup> MAJZA B., BAYARD S., Le contrat de partenariat et le risque, *Contrats publics*, n°56, juin 2006

du projet. Il s'agit de tableaux d'analyse qui dressent la liste la plus exhaustive possible des risques du projet et qui les répartissent entre les différents partenaires.

Ces matrices sont utilisées par les opérateurs privés et les établissements de crédit, plus rarement par les collectivités publiques. » S. Bayard souligne également le déficit de définition, d'évaluation et de suivi des risques dans la culture publique : « La problématique du risque dans les contrats publics, bien que centrale, ne fait généralement pas l'objet de définitions normatives claires et opérationnelles. La notion de risque est, le plus souvent, indéterminée ou vague et insuffisamment développée pour faire face aux besoins des contrats de partenariat public- privé en général et des contrats de partenariat en particulier. »

Les consortia développent une stratégie active autour de la matrice des risques car ils ont conscience qu'elle est un élément de différenciation des candidats. En interne, elle est le support d'évaluation de l'équilibre de l'opération, donc de la viabilité financière du partenariat. De fait, la matrice des risques constitue un élément indispensable de la structuration du financement.

En vue du lancement du dialogue compétitif, le GCS « Cité Sanitaire Nazairienne » a joint au dossier initial de consultation le programme fonctionnel des besoins ainsi qu'une matrice prévisionnelle de répartition des risques. Une répartition prévisionnelle des activités d'exploitation et de maintenance entre le privé et le public figurait à l'intérieur du programme fonctionnel. Lors de la remise des offres de principe partenarial organisationnel (PPO) en mars 2006, les groupements se sont prononcés sur l'équilibre et la cohérence de la matrice prévisionnelle. Chaque candidat a ainsi remis une note de commentaire où étaient soulignés les points sur lesquels ils engageaient le GCS à discuter lors du dialogue compétitif.

Les trois consortia ont déclaré accepter les principes généraux de la répartition des risques. Quelques changements d'allocation ont été suggérés au GCS, correspondant à des risques pour lesquels le manque d'information ne permettait pas aux groupements de se positionner définitivement. Au-delà de ces préconisations, un renvoi est fait au dialogue compétitif pour une négociation détaillée de la matrice des risques. Cette phase de la procédure est bien identifiée comme devant permettre à la fois de relever les défis propres au projet, de sécuriser les relations contractuelles et d'optimiser le montant des loyers.

### *1.2.3. Un outil de différenciation des candidats*

Au cours des phases de principe partenarial sommaire (PPS) et de principe partenarial détaillé (PPD) du dialogue compétitif, la solidité juridique et la crédibilité des solutions techniques avancées deviennent des critères de différenciation des candidats.

Il faut bien garder à l'esprit que la répartition des risques n'est pas une démarche suffisante en soi. Elle doit être l'occasion d'envisager l'ensemble des clauses contractuelles et réponses techniques permettant d'opérer un transfert des risques opérationnel, sécurisé et économiquement efficient.

Par expérience, la matrice des risques se stabilise en phase de PPD (principe partenarial détaillé). Le principe même du partage ne fait plus l'objet d'observations de la part des groupements. En revanche, c'est l'ensemble des propositions contractuelles engagées à l'occasion de ce partage des risques qui devient discriminant. Afin de démontrer leur capacité à prendre en charge un risque, ils vont tour à tour soumettre des solutions techniques dont le GCS évaluera le niveau d'innovation, le dimensionnement par rapport à la nature du projet, l'impact financier sur le loyer.

Il est en effet souhaitable qu'à ce stade du dialogue compétitif le partage lui-même ne soit plus dans ses grands principes remis en cause. Déjà, alors même que le projet de Cité Sanitaire n'en est qu'à sa phase de PPO (principe partenarial d'organisation), les professionnels participant aux groupes thématiques chargés d'évaluer les propositions des groupements sont confrontés au problème de l'incertitude pesant sur le partage d'activités. Il est en particulier difficile pour les groupes « Organisation médicale » et « TLME » (technique, logistique, maintenance, exploitation) d'évaluer la pertinence de principes organisationnels, même généraux, lorsque l'allocation d'activités stratégiques comme les supports logistiques, les transports ou les offices alimentaires reste encore à déterminer.

### *1.2.4. Un outil contractuel de suivi de l'exécution du contrat*

Au moment de la rédaction du bail emphytéotique hospitalier, d'ultimes mises au point avec le consortium retenu peuvent venir utilement compléter les conditions de la répartition envisagée. La matrice des risques devient alors une pièce contractuelle annexée au contrat de bail, opposable au partenaire privé comme public. Pour autant, la matrice ne devient pas caduque. Dans la phase post- contractuelle, après la remise de

l'ouvrage par l'emphytéote, elle permet de vérifier le déroulement du contrat et les changements qui pourraient survenir par rapport aux hypothèses originelles.

### 1.3. Un intérêt mutuel à l'épreuve du risque

Le partenariat public- privé est une relation contractuelle qui se construit autour du risque. Le débat ne porte pas sur le principe de l'implication du privé dans la mesure où les biens et services publics sont toujours produits conjointement par le secteur public et le secteur privé. On n'imagine pas une entité publique totalement autosuffisante, qui fabriquerait elle-même l'ensemble des inputs dont elle a besoin pour fonctionner.

En revanche, le débat porte sur les modalités contractuelles d'implication et de contrôle du privé. Dans la négociation de ce partenariat, ce sont les frontières mêmes du public et du privé qui se trouvent questionnées, discutées, déplacées. Elle le sont à plusieurs titres.

#### *1.3.1. Introduire dans le contrat des modes de fonctionnement du privé*

Selon la Commission des Communautés européennes<sup>8</sup>, le recours plus fréquent aux nouvelles formes de coopération entre les autorités publiques et le monde des entreprises traduit le besoin d'introduire certaines méthodes de fonctionnement du privé. Les acteurs privés sont en effet souvent soumis à un système d'incitations plus stimulant que dans le cas de la gestion publique.

Le mode de relation public- privé tel que défini contractuellement dans un BEH prend lui-même appui sur un dispositif d'incitations et de sanctions hérité du secteur privé. Le bailleur définit le niveau de performance qu'il veut opposer au partenaire privé, choisit le niveau d'incitation financière, détermine enfin les pénalités financières associées aux dysfonctionnements enregistrés. En cela, le fonctionnement contractuel du BEH s'inscrit dans l'évolution plus générale du rôle de l'Etat dans la sphère économique, passant d'un rôle d'opérateur direct à un rôle d'organisateur, de régulateur et de contrôleur<sup>9</sup>. Les équipes de projet hospitalières sont donc incitées à passer d'une culture de maîtrise d'ouvrage classique à une culture de l'organisation et du contrôle de l'exécution du service public hospitalier.

---

<sup>8</sup> Commission des Communautés européennes, *Livre vert sur les partenariats public- privé et le droit communautaire des marchés publics et des concessions*, Bruxelles, COM (2004) 327 final, 30 avril 2004.

<sup>9</sup> BOUGRAIN F., CARASSUS J., COLOMBARD-PROUT M, « *Partenariat public- privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ?* », Paris, Presses de l'Ecole Nationale des Ponts et Chaussées, novembre 2005.

Le défi n'est pas mineur puisqu'il amène à repenser l'ensemble du fonctionnement d'une organisation et à développer, en sus des compétences centrées sur le cœur du métier, des aptitudes de coordination et de pilotage.

Dans un dossier consacré aux partenariats public- privé (PPP), daté de février 2004, le groupe de conseil financier *PriceWaterhouseCoopers* souligne la gageure culturelle de ce type de contrat dans un pays « où les antagonismes traditionnels entre les sphères publique et privée ont parfois tendance à s'exacerber. » Au vu de l'expérience étrangère, il est noté que les PPP améliorent la commande publique, mais ont également un « effet dynamisant sur le fonctionnement propre des entités publiques qui y sont associées ». <sup>10</sup>

Un retour d'expérience sur le suivi de l'exécution des contrats de BEH et de partenariat (CP) devrait d'ici quelques années permettre d'établir si cet effet d'entraînement opère également en France. La capacité d'anticipation adaptative des acteurs publics jouera un rôle central.

### *1.3.2. Tirer parti des capacités techniques et économiques du privé*

Le recours plus fréquent au partenariat public- privé traduit également le besoin de bénéficiaire de savoir-faire souvent plus spécialisés.

Une raison fréquemment avancée pour faire appel au privé est son dynamisme en matière de technologie, sa créativité, son potentiel d'innovation. La production des différents biens et services publics implique en effet un degré de technicité variable. Certains, comme l'éclairage des rues, l'offre de parcs et jardins ou les services postaux, font appel à des techniques simples et éprouvées. D'autres au contraire, comme la santé, les télécommunications, les transports aériens font appel à des technologies complexes et en progrès rapide.

Au vu des caractéristiques techniques et de la forte évolutivité d'un projet de construction hospitalière, le recours au secteur privé doit permettre de stimuler l'innovation et la productivité dans la conception et les méthodes de construction, conduire à une amélioration de la qualité de gestion et d'entretien du patrimoine public. Lors du partage des risques, la capacité technique du privé à maîtriser un risque doit être démontrée : l'expérience antérieure des sociétés, leurs références mais aussi leur capacité à nourrir le dialogue compétitif sont examinées.

---

<sup>10</sup> PricewaterhouseCoopers, *Lettre PWC de la modernisation de la gestion publique*, février 2004.

Une seconde justification au partenariat public- privé se fonde sur les capacités économiques et compétitives du secteur privé. Ce sujet est au centre de multiples débats à connotation idéologique. L'objet de cette étude ne sera pas de les trancher mais de se focaliser sur les éléments qui aujourd'hui militent pour une coopération public- privé.

Il est admis que le secteur privé bénéficie d'économies d'échelle dans certaines situations. Cet aspect justifie déjà en grande part le recours à la délégation de service public dans la fourniture de l'eau et le traitement des déchets. Les groupes qui se partagent le marché sont ainsi généralement beaucoup plus grands que les collectivités territoriales qu'ils desservent.<sup>11</sup> Le groupe thématique « Finances » dont les travaux doivent nourrir le point de vue de la Commission de Dialogue du GCS a relevé ce point dans ses discussions. Les sociétés de maintenance et d'exploitation incluses dans les sociétés de projet candidates se partagent déjà de grandes parts de marché dans le domaine de la maintenance hospitalière. Au niveau de la négociation des tarifs avec leurs sous-traitants, elles disposent d'une plus grande force de frappe qu'une personne publique isolée. Toutefois, ce motif ne doit pas conduire à considérer que le secteur privé est a priori structurellement plus compétent que le secteur public. Lorsqu'on choisit de recourir au BEH, il convient de toujours procéder à une réelle comparaison avec des solutions alternatives.

### *1.3.3 .Dissocier la mission de la fonction*

Dans un bail emphytéotique hospitalier, la question n'est pas uniquement de savoir si les acteurs privés, présentés comme plus performants, permettent une meilleure utilisation des deniers publics. La question n'est plus non plus celle de leur légitimité dans la fourniture d'un bien ou d'un service public. Le débat est ailleurs et intéresse autant l'acteur public que l'opérateur privé.

Dans un partenariat public- privé de ce type, la fonction se trouve dissociée du risque, si bien que la question est conjointement celle des capacités performantielles du public et du privé. Dans le partage des risques, chaque partie est mise en demeure de faire la démonstration de sa solidité juridique, économique, technique et financière. Au Centre hospitalier de Saint-Nazaire, le partage des activités avec le partenaire Mutuelle Atlantique, en vue de la constitution du GCS, a imposé aux professionnels une évaluation du coût de production des activités transversales : la blanchisserie, la restauration, le service intérieur, la stérilisation. Il fallait être en mesure d'apporter la preuve que la prestation fournie par le Centre hospitalier ne le serait pas à un coût supérieur à celui

---

<sup>11</sup> La Gazette des Communes, *Conséquences financières des PPP pour le secteur public*, 26 juillet 2004

proposé par la Mutualité ou par un prestataire externe. Cette évaluation interne engage donc la personne publique à objectiver ses coûts, ses moyens et sa qualité de production.

#### *1.3.4. Des frontières pourtant bien préservées*

Si les méthodes de gestion du privé se trouvent pour partie importées dans un BEH, on observe néanmoins une étanchéité des objectifs de chacun de partenaires. IL ne s'opère pas une confusion des intérêts des deux secteurs, public et privé.

L'objectif est de permettre à chacun des partenaires de mieux servir les intérêts de l'autre tout en conservant ses spécificités et ses objectifs<sup>12</sup>.

Ainsi, la discipline financière imposée par la présence d'investisseurs privés, attentifs à la bonne fin de l'opération, dont dépend leur propre rentabilité, est un atout pour la personne publique. Les praticiens des montages en PFI le savent : cette communauté d'intérêt fait le plus souvent des financiers extérieurs les alliés objectifs des acteurs publics<sup>13</sup>.

La recherche d'un partenariat équilibré fait donc de la matrice des risques un outil majeur de négociation.

## **2. Un outil de négociation de l'allocation optimale des risques entre cocontractants**

L'approche du projet par la risque est un élément constitutif du BEH qui offre la possibilité de mettre en œuvre des formules intermédiaires entre un portage des risques exclusivement public ou privé. Elle doit permettre de minimiser et partager efficacement le risque résiduel entre les partenaires.

### **2.1. Une matrice induite essentiellement par une stratégie financière**

Chaque partenaire doit, en théorie, assumer le risque qu'il maîtrise le mieux du fait de ses compétences. La philosophie du contrat est basée sur ce principe simple qui veut que chaque partenaire puisse se concentrer sur son « cœur de métier ».

Tout transfert de risque au privé s'accompagne d'une prime de risque qui élève d'autant le montant des versements des autorités publiques au partenaire privé.

---

<sup>12</sup> LIGNIERES P., Partenariats public- privé, Lexis Nexis, Litec, 2<sup>ème</sup> édition, 2005, p.5

<sup>13</sup> PricewaterhouseCoopers, Lettre PWC de la modernisation de la gestion publique, février 2004

### 2.1.1. Une logique d'enveloppe fermée

Le bailleur s'acquitte du prix de ce transfert dans le paiement du loyer annuel, qui augmente à due proportion.

Comme le souligne l'assistant technique à la personne publique du GCS « Cité Sanitaire », le BEH place les partenaires dans une logique d'enveloppe fermée, où la charge du risque se trouve répercutée sur le montant du loyer<sup>14</sup>.

L'équilibre de la matrice des risques est donc un véritable enjeu de stratégie financière. Les principes généraux d'allocation reposent alors sur la comparaison coût/avantage/efficacité.

Si la personne publique doit rechercher le meilleur couple risque/ loyer, elle doit donc être en mesure essentiel d'apprécier la nature des risques à transférer. Tout transfert ayant une contrepartie financière, il est dans certains cas préférable que l'établissement public de santé conserve certains risques.

De leur côté, les financeurs s'assurent que la personne publique ne cherche pas à faire supporter au consortium des risques non assurables ou non mesurables qu'il n'est pas en mesure économiquement de supporter ou alors dans des conditions de prix qui pèseront fortement sur le coût budgétaire du contrat. En effet, il n'est pas question de transférer à tout prix le plus grand nombre possible des risques à la personne privée, mais d'optimiser ce transfert en vue d'obtenir le meilleur rendement financier du contrat<sup>15</sup>. C'est ce que les Anglo-Saxons appellent « the best value for money » dans les contrats de PFI (*Private Finance Initiative*, système de financement privé des projets publics).

Dans un BEH, la rémunération demandée par les bailleurs de fonds (banques ou actionnaires) reflète la pertinence de l'allocation des risques. Le rendement espéré par ces derniers est une fonction croissante des risques qu'ils supportent. Les financiers doivent en effet disposer des moyens de remédier à toute situation mettant en péril la rentabilité attendue du projet.

---

<sup>14</sup> Compte-rendu de la réunion interne consacrée au BEH du «GCS Cité Sanitaire Nazairienne » du 21 avril 2006 : « Mécanisme de paiement et pénalités financières »

<sup>15</sup> MAJZA B., S. Bayard, Le contrat de partenariat et le risque , *Contrats publics*, n°56, juin 2006

### 2.1.2. *Technique de financement et partage de risques*

La technique des financements de projet offre alors une solution classique. Cette technique financière repose sur la constitution d'une société *ad hoc* en charge de la conception, de la construction, du financement et de l'exploitation- maintenance du projet.

Le financement de cette société est assuré en fonds propres par des investisseurs à hauteur en général de 10% à 20% et par endettement dans une proportion variant entre 80% et 90%. La rentabilité attendue par les actionnaires dépend alors de l'appréciation des risques supportés par le partenaire privé.

Dans certains cas, les bailleurs de fonds peuvent (pour une partie ou totalité du financement) se fonder sur le fait que les créances du partenaire privé sur la puissance publique liées à l'investissement dans l'ouvrage sont reconnues par l'autorité publique une fois la construction achevée et le bâtiment mis en service.

Si la documentation juridique permet de l'entériner, les bailleurs de fonds se trouvent alors dans une position assimilable à un portage de créances sur la puissance publique.

Entre le pur financement de projet et la cession de créance parfaite, il existe toute une variété de situations intermédiaires.

Si, comme c'est le cas dans un BEH, le paiement de la créance cédée par le partenaire privé au secteur financier est soumis à des critères de performance, alors la marge retenue par le système financier qui en supportera les risques sera augmentée à due proportion.

Souvent, les conditions bancaires sont souvent regardées comme la résultante d'un secteur d'activité donné (transports routiers, ferroviaires, secteur de l'eau, projets hospitaliers différenciés en fonction de leur dimensionnement) ou d'un type de montage contractuel (financement de projet, cession de créances). Or derrière un projet donné ou un montage contractuel, c'est en fait l'allocation des risques qui détermine les conditions bancaires et par-là le coût du financement d'un projet. La démonstration de ce principe fort des PPP a pu être faite en comparant deux projets appartenant tous deux au même secteur, le secteur ferroviaire à grande vitesse, et tous deux structurés selon un montage de type financement de projet, mais qui du fait de l'allocation de risques distincte, ont été financés avec des conditions bancaires très différentes<sup>16</sup>.

.

---

<sup>16</sup> Institut de la Gestion Déléguée, La Gazette des Communes, Collection Documents, Cahier détaché n°2, « *Evaluation des contrats globaux de partenariat- Principes, méthode et comparaisons* » 5 avril 2004.

## 2.2. A la recherche du périmètre optimal de transfert des risques

Les formules de transfert maximal et minimal des risques sont à écarter. Entre ces deux formules, il existe tout un espace de négociation dont l'objectif est de déterminer le périmètre optimal de transfert des risques. Les projets de PFI anglo-saxons ont fait l'essai d'un périmètre élargi de transfert des risques dont les excès ont été porteurs d'enseignements pour les BEH français. La prudence à l'œuvre de ce côté-ci de la Manche s'explique également par l'influence de critères spécifiques au paysage public hospitalier.

### 2.2.1. Du pragmatisme des PFI à la prudence des BEH français

La Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) a mené sa seconde mission d'étude des PPP/ PFI hospitaliers au Royaume-Uni en novembre 2005<sup>17</sup>.

Les équipes de projet hospitalières rencontrées lors de cette mission se rejoignent pour faire état d'importantes difficultés dans le domaine des services externalisés. Avec un recul de dix ans, il est possible d'affirmer que les services qui doivent être transférés sont essentiellement ceux qui ont un lien fort avec le bâtiment, connus sous l'expression « Hard FM » au Royaume-Uni, « FM Technique » en France (dérivée du nom des sociétés qui en ont la charge : *Facilities Management*).

Les services plus proches de la chambre du patient ou pénétrant dans cette dernière (comme la distribution des repas) doivent, de l'avis de tous les interlocuteurs, être maintenus dans le périmètre de l'organisation de l'hôpital, ou alors être externalisés de façon spécifique avec un pilotage très rapproché. Les opérateurs globaux ne paraissent pas à l'usage en mesure d'assurer eux-mêmes l'intégration managériale et opérationnelle qui était à l'origine de l'externalisation initiale massive de la plupart des services (« Hard et Soft FM »).

L'hôpital d'Hereford<sup>18</sup> illustre les excès d'une stratégie maximale d'externalisation. Parmi les risques relatifs à la gestion, certains avaient été transférés au consortium alors que celui-ci n'était pas le mieux placé pour les assumer.

---

<sup>17</sup> MAINH, *Rapport de la seconde mission d'étude des PPP/PFI hospitaliers au Royaume-Uni*, 21- 22 et 23 novembre 2005.

<sup>18</sup> L'objet de ce PFI est le financement, la conception, la construction et la gestion multiservice de l'Hôpital d'Hereford.

C'est notamment le cas de la stérilisation des instruments. Sodexo, dont le cœur de métier est la restauration, a accepté d'assumer ce risque alors que la société ne possédait aucune compétence dans ce domaine. L'équipe dirigeant l'hôpital d'Hereford estime que la stérilisation n'aurait pas dû être externalisée en raison du contexte réglementaire en place et de l'importance stratégique de ce type de service. Cette activité est en effet sévèrement réglementée lorsqu'elle est confiée à un prestataire extérieur qui subit également les fréquentes évolutions réglementaires. A l'opposé, lorsque cette activité est internalisée, le cadre réglementaire est plus souple. Une telle activité touche au cœur du service hospitalier. Mais au moment de la signature du contrat, la frontière entre les activités à conserver et à externaliser n'avait pas été bien définie. Aujourd'hui, les responsables locaux auraient une approche différente. Un risque est gérable dès l'instant où il ne touche pas directement le patient.

Ainsi, ces observations valent également pour le standard téléphonique qui constitue un poste stratégique d'accueil de l'utilisateur. Le personnel hospitalier considère que la qualité de service s'est dégradée avec l'arrivée du consortium. Dans la mesure où ce service a également un impact sur la qualité des soins apportés au patient (notamment dans le cas des appels d'urgence), l'externalisation du standard téléphonique serait à revoir<sup>19</sup>. Un tel risque est difficilement assumé par un prestataire qui ne bénéficie pas d'une expérience d'immersion en milieu professionnel hospitalier.

C'est pourquoi les orientations récentes consistent à sortir clairement du périmètre de transfert le système d'information, les équipements médicaux et biomédicaux, et à restreindre le périmètre pour se recentrer sur les prestations liées de près au bâtiment ou nécessitant une technicité relevant du domaine de l'ingénierie technique des bâtiments.

### *2.2.2. Entre stratégie d'externalisation et d'internalisation*

En France, un constat analogue a conduit des entreprises du secteur privé à opérer la réintégration dans le périmètre de leur activité de fonctions externalisées.

Certaines chaînes hôtelières comme Novotel ont embauché du personnel pour réaliser elles-mêmes le nettoyage des chambres, activité qu'elles sous-traitaient depuis plusieurs années. De même, le journal « Le Monde » a installé sa propre imprimerie après avoir

---

<sup>19</sup> BOUGRAIN F., CARASSUS J., COLOMBARD-PROUT M., *Partenariat public-privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ?*, Presses de l'École Nationale des Ponts et Chaussées, novembre 2005, pages 56 et s.

longtemps sous-traité l'impression, et ce malgré des problèmes de coûts de structure liés à ces capacités de production. Enfin, les centres d'appel qui se développent aujourd'hui dans une logique d'externalisation font déjà l'objet d'une réintégration dans certaines banques<sup>20</sup>. Ce mouvement de réintégration fait suite au constat de perte de valeur ajoutée.

Cette brève incursion dans les stratégies d'externalisation du secteur privé permet d'appuyer le constat établi pour les PFI, selon lequel des activités comme le standard téléphonique peuvent être périphériques au cœur de métier et être néanmoins stratégiques pour une organisation.

L'enjeu pour le BEH du GCS « Cité Sanitaire Nazairienne » est donc bien d'évaluer la dimension stratégique d'une activité, en allant au-delà de la distinction cœur de métier/périphérie. La phase de principe partenarial organisationnel a soulevé des interrogations fortes, qui ne sont pas encore tranchées, sur l'opportunité de transférer des activités de transport logistique : transport automatique léger (TAL), transport des chariots repas, livraison du linge, sachant que les activités de production blanchisserie et restauration sont conservées dans le périmètre de gestion de la personne publique. L'arbitrage final devra décider s'il y aura création de valeur ajoutée à transférer ces activités à un des trois consortia dont la maîtrise technique peut être avantageuse (tortues, valises automatiques...) ou si ce transfert est porteur de risques opérationnels (risque de rupture dans l'approvisionnement) et organisationnels (coordination entre les sociétés du consortium et les personnels du GCS).

D'autres arbitrages sont en attente qui décideront du projet de soins de la Cité Sanitaire. Une fonction spécifiquement hôtelière est en projet, afin d'optimiser le partage des tâches entre soignants. Elle prévoit d'intégrer dans une même fiche de poste la distribution des repas et la gestion « téléphonie et TV » du patient. Sa mise en œuvre dépendra du choix de transfert des risques.

La prudence constatée dans les projets de BEH en France dérive également d'une divergence d'approche dans la gestion d'un bâtiment. Selon une approche pragmatique, nos voisins sont davantage conduits à se centrer sur la valeur ajoutée de l'immobilier pour l'activité hospitalière à court et moyen terme. Dans un projet de PFI, l'objectif premier est moins la construction d'un bâtiment que la délivrance d'un service. La personne publique

---

<sup>20</sup> ARFAOUI F., BOHBOT G., N'GAZO B. Dossier *L'art de la gestion des risques*. Chapitre « Les risques de la stratégie d'externalisation », Les Echos, 2006.

se positionne non pas comme un commanditaire à l'égard des entreprises privées mais comme un demandeur de services<sup>21</sup>.

Paradoxalement, cette approche utilitariste est d'ue pour partie au fait que les Hôpitaux Britanniques n'ont jamais disposé en interne des compétences techniques de haut niveau comme c'est le cas en France avec les ingénieurs hospitaliers<sup>22</sup>. Cette approche pragmatique a pu parfois les inciter à occulter certaines spécificités des métiers nécessaires à la production hospitalière.

### *2.2.3. Existence de facteurs de répartition propres à un établissement public de santé*

La prudence à l'œuvre en France ne s'explique pas seulement par une différenciation culturelle. Des entretiens avec trois autres établissements bailleurs mettent à jour des critères de répartition des risques traduisant une réalité locale.

Ils confirment la prédominance d'une stratégie financière qu'ils nuancent néanmoins par la réalité des pratiques. Interrogés sur la nature des critères de répartition des risques, deux d'entre eux ont mis en avant des caractéristiques propres à l'établissement, en décalage avec les résultats d'une évaluation financière pure et parfaite<sup>23</sup>.

En particulier pour les risques liés à l'exploitation- maintenance, des critères internes au contexte socio-économique de l'établissement concurrencent les critères de efficience économique. Au Centre de soins de Besançon, la prise en compte des ressources humaines existantes a prédéterminé l'allocation des risques. Afin de préserver un volume de travail suffisant pour l'équipe hospitalière, il a donc été de conserver les « petits » risques techniques (les moins exigeants en terme de maîtrise) et de confier les « gros » risques au partenaire privé.

D'autres facteurs internes, liés à la spécificité du projet, peuvent impacter la répartition des risques entre cocontractants. Le BEH du GCS Cité sanitaire présente aujourd'hui une forte particularité puisque c'est un GCS qui sera en 2012 le bailleur, c'est-à-dire le « client » du consortium retenu. Ce sont donc deux entités, le Centre hospitalier de Saint-Nazaire et la Mutuelle Atlantique, qui étudient conjointement les offres remises par les candidats. Si le GCS ne constitue qu'une seule personne juridique, dans les faits, ce sont bien d'abord deux partenaires distincts qui doivent trouver une zone d'accord commune. En particulier, ils sont amenés à décider ensemble des activités à confier au preneur ou à

---

<sup>21</sup> Treasury Taskforce « How to construct a Public Sector Comparator », *Technical Note n°5*, Londres, 1999.

<sup>22</sup> MAINH, *Rapport sur la seconde mission d'étude des PPP/PFI hospitaliers au Royaume-Uni*, 21- 22 et 23 novembre 2005.

<sup>23</sup> Se référer à la grille d'entretien de l'annexe 1.

conserver en interne. Pour l'heure, les modalités de coopération entre le CH et la Mutualité ne sont pas toutes arrêtées. Par exemple, il reste à définir si deux prestations hôtelières propres à chacune des deux entités cohabiteront au sein de la Cité sanitaire ou si un standard commun sera défini.

Le risque dans ce type de configuration est que le transfert au consortium ne devienne une solution ultime d'arbitrage, en cas d'impossibilité d'accord entre les parties.

Potentiellement, le périmètre de transfert pourrait être induit autant par des motifs de stratégie interne, propre à la recomposition de l'offre publique- privée, que par une évaluation rationnelle et économique du projet.

Les critères de qualité et de sécurité apparaissent comme des critères secondaires de l'allocation des risques. L'amélioration de la qualité des prestations apparaît davantage comme une externalité positive de ce contrat de partenariat que comme un facteur déterminant dans la répartition des risques.

Enfin, dans la recherche du périmètre optimal d'allocation des risques, les équipes de projet ont conscience de devoir imposer en interne un certain niveau de transfert, sous peine de mettre en œuvre un BEH sans en épouser l'esprit. L'existence d'un périmètre minimal de transfert « a priori non négociable » découle de la philosophie même du contrat. Un premier bilan des BEH en France montre que le mainteneur est souvent une émanation du constructeur, constituée sous forme de filiale. Il ne serait donc pas concevable de transférer les risques conception et construction tout en conservant en interne un très large panel d'activités d'exploitation- maintenance. Ce serait comme inclure une clause désincitative au contrat en terme de qualité. Lors d'une réunion interne au GCS, il a été prévu de demander aux consortia de démontrer l'existence d'une communauté d'intérêt entre la société de projet, la société constructrice et la société de maintenance.

Lorsque que l'hôpital est en mesure de démontrer sa capacité économique à gérer ces activités, la nécessité d'imposer au personnel un périmètre cohérent de transfert s'avère d'autant plus difficile. C'est la cas du Centre hospitalier de Saint-Nazaire où une analyse comparative, réalisée en 2002, a fait la preuve de l'efficience de la production et de la gestion en interne du réseau d'eau chaude par rapport à une prestation externe. De fait, suite à cette étude, ces activités ont été réintégrées au sein des activités gérées directement par le Centre hospitalier. Justifier leur nouvelle externalisation demandera une communication active sur les objectifs du BEH.

#### *2.2.4. Un optimum sur mesure*

Les risques doivent être appréciés au cas par cas selon les caractéristiques propres à chaque projet et les objectifs poursuivis par la personne publique.

Une standardisation de la matrice des risques n'apparaît donc pas souhaitable puisqu'elle irait à rebours des exigences d'identification, d'évaluation et de négociation des risques du projet.

Toutefois, les retours d'expérience britannique et français permettent de relever les points récurrents sur lesquels les partenaires s'accordent ou choisissent de négocier. Capitaliser les expériences de négociation est un moyen de réduire les coûts de passation du contrat de bail.

### **B. Les limites d'une matrice des risques : une incertitude certaine**

Si la matrice des risques est un outil stratégique majeur, elle doit cependant être l'objet d'un usage avisé ; puisqu'elle fait un pari sur demain, ses potentialités sont aussi ses limites.

#### **1. L'absence de visibilité globale sur les risques d'aujourd'hui et de demain**

##### **1.1. Une évaluation globale et systémique des risques incomplète**

###### *1.1.1. La difficile projection des scénarii de risques*

Pour la personne publique, il s'agit de quantifier à la fois les conséquences directes (de coûts et de temps) et indirectes associées à chaque risque. La matérialisation d'un risque peut avoir un impact sur d'autres aspects du projet. Par exemple, les coûts de maintenance augmenteront si les coûts des matières premières s'accroissent ou si l'usage augmente.

Les équipes de projet hospitalières, malgré l'aide apportée par les assistants à la personne publique, n'ont pas les moyens de mettre en œuvre des méthodes de projection sophistiquées. Seuls des projets de partenariat public-privé d'envergure internationale, impliquant de multiples sources de financement, peuvent bénéficier de la mise en œuvre de formules de calcul de pointe.

Certaines agences internationales de notation proposent des méthodes de simulation comme celle dite de « Monte- Carlo »<sup>24</sup> dont le principe est d'évaluer les interactions complexes d'un système et de mesurer les effets de certains changements.

Par ailleurs, la détermination de la distribution de probabilité des risques les plus importants se heurte au choix des hypothèses, effectué en fonction de la fréquence d'apparition de risques déjà connus mais dont on ne sait pas s'ils se réaliseront.

### *1.1.2. Une dimension qualitative encore trop discrète*

L'absence d'évaluation des aspects non chiffrables d'un projet de BEH est la seconde limite de la matrice des risques, telle que conçue aujourd'hui.

Les externalités, positives comme négatives, d'un projet sont délicates à quantifier dans la mesure où certains bénéfiques et coûts socio-économiques se prêtent parfois mal au calcul. Or les externalités occasionnées par un projet vont bien au-delà de son strict périmètre. Par exemple, une externalité difficilement chiffrable par le GCS « Cité Sanitaire » est l'impact socio-économique du transfert des activités d'exploitation-maintenance au partenaire privé : quel coût social, quel retour sur investissement dans l'obtention de prestations de qualité, quel effet global sur l'organisation : dynamisation ou épuisement professionnel ?

L'appréciation qualitative d'un projet de BEH demande donc à être développée. Les équipes britanniques ont davantage intégré ce mode d'évaluation dans leurs pratiques du fait d'une plus grande attention portée à la qualité du service rendu. La directrice à la coordination des métiers du groupe Veolia<sup>25</sup> a souligné lors d'une table ronde le manque de ressources dont disposent les acteurs publics français pour apprécier les différences de qualité et d'engagement sur performance des candidats. « *Lors des discussions des appels d'offre, on a des gens pour discuter tout à fait compétents pour discuter de la construction, on a des financiers pour discuter du montage financier et finalement nos clients sont mal conseillés ou n'ont pas de personnes vraiment capables de discuter ou d'apprécier les différences de qualité qu'il peut y avoir sur l'exploitation* », précise-t-elle<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Institut de la Gestion Délégée, *La Gazette des Communes*, Collection Documents, Cahier détaché n°2, « Evaluation des contrats globaux de partenariat- Principes, méthode et comparaisons » 5 avril 2004.

<sup>25</sup> Geneviève RIGOLOT

<sup>26</sup> Colloque sur le partenariat public- privé. *Compte-rendu relatif à la table ronde consacrée au partenariat public- privé à l'hôpital*, Toulouse, les 2 et 3 juin 2005.

Les facteurs qualitatifs d'appréciation sont pourtant multiples et conditionnent en amont une allocation consciente et éclairée des risques d'exploitation.

Les bailleurs trouveront utilité à s'interroger sur le service à rendre aux usagers, la qualité des prestations, la qualité architecturale, les innovations susceptibles d'optimiser l'investissement et d'améliorer le service, la solvabilité et la réputation des répondants à l'appel d'offres, enfin sur les effets d'apprentissage des partenaires .

Pour ce faire, il convient de s'emparer de la matrice des risques comme d'un support d'appréciation et de prévision de l'ensemble du contrat.

Toutefois, comme le souligne le guide de comparaison britannique « *Public Sector Comparator* », il faut se garder d'essayer de quantifier des éléments qui ne peuvent pas l'être facilement. Le faire peut augmenter les coûts et créer une fausse impression de vérité, sans produire de meilleurs résultats qu'une approche qui dépend explicitement d'éléments subjectifs.

### *3.1.3. Une matrice des risques peut en cacher une autre*

L'appréciation qualitative du projet doit également intégrer la solidité de la matrice des risques...interne au consortium. Au sein de leur société de projet, les groupements répartissent fonctions et responsabilités selon la même logique d'allocation que dans la matrice de partenariat. Chacun assume le risque pour lequel il est le plus compétent, des points de vue technique, économique et financier.

Le report des risques des consortia sur leurs sous-traitants qui eux-mêmes en reportent une partie sur leurs propres sous-traitants, mérite une attention particulière. Certes, ces reports sont organisés sous la responsabilité du consortium, mais il convient de vérifier qu'il a la capacité de gérer ces transferts de risque en cascade. Une des compétences du consortium dont il convient de s'assurer est sa capacité à assembler des compétences extérieures et de les gérer au mieux des intérêts de son client.

Dans le projet britannique « PRIME », financé sous forme de PFI, visant l'externalisation du patrimoine immobilier du Ministère de la Sécurité Sociale, la gestion des contrats de sous-traitance est telle qu'une commission de 5% est prélevée par le consortium. A l'hôpital d'Hereford, où la qualité des prestations est un objet de litige, l'équipe de direction regrette de ne pas être en contact direct avec les prestataires. Les relations avec le consortium, conformément à la philosophie d'un contrat global, se limitent principalement à la dimension financière. Aucun contrôle direct n'est assuré par les autorités hospitalières qui doivent assumer à leur charge tout contrôle supplémentaire. Le coût d'un nouveau contrôle risque même d'être supérieur à la pénalité perçue.

Le bailleur a donc tout intérêt, dès la phase de dialogue compétitif, à demander aux candidats de démontrer la viabilité de leur propre matrice des risques.

#### *3.1.4. L'évolutivité des risques*

La nature d'un risque peut être modifiée sous l'effet de changements organisationnels et réglementaires.

Une difficulté majeure réside dans l'exigence d'anticipation induite par un contrat global de long terme. Des activités appartenant au cœur du métier du bailleur tout comme des activités plus périphériques ont une dimension stratégique telle pour l'hôpital qu'elles méritent d'être conservées par lui. Toutefois, ce qui apparaît banalisé aujourd'hui peut devenir stratégique demain ; inversement, ce qui semblait devoir être mieux géré en interne s'avère une charge supérieure aux prévisions.

L'évolutivité du contexte réglementaire, en particulier dans le domaine sanitaire, peut également modifier la valeur stratégique d'un risque. On ne peut pas prévoir aujourd'hui avec quelle fréquence et pour quel montant le risque de changements de lois et règlements liés à la santé se matérialisera. Ce risque est pourtant, dans la plupart des cas, confié au bailleur. A la défaveur d'une alerte sanitaire grave, ou suite à une crise majeure, un risque peut également voir ses conditions réglementaires de gestion et de suivi profondément modifiées. C'est en quelque sorte l'histoire du risque de légionellose pour lequel les textes réglementaires ont durci les contrôles suite aux infections contractées en milieu hospitalier<sup>27</sup>. Ce type de risque, s'il se trouve confié habituellement au preneur au titre des risques techniques et environnementaux, appartient dans le même temps à la catégorie des risques sanitaires dont la responsabilité ultime relève de l'établissement public de santé. La logique de partage des risques se heurte donc à la réalité des processus de matérialisation d'un risque.

### **3.2. Le difficile chiffrage du coût des risques**

La répartition des risques doit se fonder sur une appréciation la plus exacte possible des besoins, des risques et des coûts qui y sont associés. Cette recommandation théorique se heurte aux pratiques constatées lors des séances de dialogue.

### 3.2.1. Une connaissance imparfaite du coût associé à chaque risque

Les acteurs publics interrogés à ce sujet constatent tous une réticence des groupements à chiffrer les risques.

Dans le cadre du BEH « GCS Cité Sanitaire », le futur bailleur a souligné cette source d'asymétrie dans le dialogue. En phase de PPO, un chiffrage par grand sous-ensemble est réalisé par les candidats. A ce stade, ceux-ci ont remis une offre prévisionnelle dissociant « l'enveloppe prévisionnelle du coût des travaux » et « l'enveloppe prévisionnelle des coûts d'exploitation- maintenance ».

Au sein de cette dernière, les activités de maintenance préventive, curative et de renouvellement sont chiffrées globalement, sans visibilité sur les sous-ensembles de risques. On constate néanmoins un chiffrage par risque des activités d'exploitation. Le chiffrage précis des activités commerciales confiées au preneur vient en effet en déduction du coût prévisionnel des activités non commerciales d'exploitation. Le preneur de bail a donc intérêt à faire valoir ces éléments auprès du bailleur. Lors du dépôt des projets de PPS, seul un consortium a fourni des éléments chiffrés.

L'équipe projet du Centre de soins de Besançon a fait l'expérience d'un chiffrage des risques par grand ensemble et a maxima. Cette absence de chiffrage au réel est un signe fort pour engager les acteurs publics à connaître les prix du marché. Cela doit également encourager à questionner les moyens des performances affichées. Dans l'esprit du BEH, l'acteur public ne doit en théorie que s'attacher au niveau de résultat proposé. En pratique, il doit également être attentif à la mesure des moyens engagés pour être en conformité avec les performances demandées. C'est ce que l'on appelle : « les moyens engagés sur performances ».

Dans la phase PPO du BEH « GCS Cité Sanitaire », le groupe thématique TLME<sup>28</sup> a mis en évidence un surdimensionnement des installations techniques. Afin de prévenir les conséquences d'une panne électrique, les installations vont jusqu'à être quadruplées. Si le choix du BEH doit effectivement permettre d'améliorer la sécurisation des supports logistiques et techniques, il ne doit pas aboutir à une surenchère de précautions que l'acteur public ne s'imposerait pas à lui-même. Comme le fait remarquer un participant, certains candidats sont « *performants à 150%, mais a-t-on les moyens de se payer les 50% restants ?* ». L'affichage d'un très haut niveau de technologie, au-delà de la sécurisation juridique qu'elle induit, s'inscrit dans une stratégie de négociation à part

---

<sup>27</sup> Se référer à la circulaire DGS n° 2002-243 du 23 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelloses dans les établissements de santé.

<sup>28</sup> Groupe TLME : Technique, Logistique, Maintenance, Exploitation

entière. L'objectif est de faire baisser le moins possible les tarifs au cours du dialogue. Cette approche est désignée par l'expression de « *pricing agressif* ».

La personne publique manque donc parfois de ressources pour assumer ce dialogue compétitif. Lors des entretiens, la question des outils d'aide à la décision était soulevée. Les acteurs regrettent l'absence d'une banque de données nationale relative aux coûts de maintenance et d'exploitation. Le travail d'identification et de quantification des risques, lors de la mise en œuvre du comparateur, ne suffit pas toujours à soutenir le dialogue sur ces aspects. Pourtant, dans l'idéal, ce travail d'émergence de l'ensemble des risques et de leur coût, doit permettre une négociation et un suivi éclairés du contrat.

### *3.2.2 .Des projections financières incertaines*

Une autre limite identifiée dans la mise au point optimale d'une matrice des risques réside dans l'absence de visibilité sur le contexte financier et réglementaire de demain. Les établissements publics de santé connaissent une montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) par laquelle le niveau de dépenses est conditionnée par le niveau de recettes. Fixé en 2006 à 35%, le taux de T2A devrait passer à 100% à l'horizon 2011, soit un an avant l'ouverture de la Cité Sanitaire. Cela signifie que la Cité Sanitaire devra générer un niveau d'activité moyen tel que le loyer BEH soit toujours provisionné, sans compromettre la réalisation de projets hospitaliers émergents.

La justesse des projections financières quant à la capacité de l'hôpital à financer des transferts de risque sur une durée moyenne de trente ans dépend de la vérification de plusieurs hypothèses : le maintien du calendrier initial de la T2A, la poursuite de la convergence tarifaire entre hôpitaux et cliniques, la reconduite des activités médicales servant de base aux projections. En effet, celles-ci ont été faites à partir des objectifs quantifiés du SROS III des Pays de la Loire. Or à l'ouverture de la Cité Sanitaire, le territoire de santé connaîtra des objectifs revus par le SROS IV<sup>29</sup>. Les membres du GCS « Cité Sanitaire » ne sont pas en capacité de dire aujourd'hui si les besoins de santé en 2011 induiront une modification de l'offre de soins, si une reconfiguration de l'environnement concurrentiel s'opèrera avec l'ouverture de la Cité, ni à quel degré le pôle de santé sera attractif pour les patients et les professionnels de santé.

---

<sup>29</sup> SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Ces limites reflètent la nature même du risque. Il convient maintenant d'examiner plus précisément les limites relatives à la nature du risque en milieu hospitalier.

## **2. La porosité de la ligne de répartition des risques entre le public et le privé**

Il existe un espace concret pour une chaîne de production des risques se déjouant des frontières de répartition entre cocontractants. Si le risque structure la relation partenariale en BEH, il peut également être source de confusion dans le partage opérationnel et juridique de chacun.

La matrice des risques et la négociation des clauses du contrat qui lui sont associées doit donc être l'occasion de poser l'exigence d'une clarification du mode de relation partenariale.

### **2.1. Une répartition théorique des risques**

Afin de valider l'hypothèse de départ selon laquelle la répartition des risques, au regard de leur nature multidimensionnelle, revêt un aspect théorique, les différents items composant une matrice ont été analysés. Parmi eux, des risques habituellement transférés au preneur ont pu être isolés du fait de caractéristiques communes.

#### *2.1.1. Le miroir grossissant des enjeux de la relation partenariale*

Dans les catégories de conception et de construction, on identifie les risques liés aux évolutions réglementaires non prévisibles, aux vices cachés ainsi que ceux liés au changement des besoins mineurs et non mineurs<sup>30</sup>.

La majorité des risques liés à l'exploitation et la maintenance du bâtiment ont également été identifiés<sup>31</sup>. Ceux-ci désignent essentiellement l'incertitude liée à la capacité du preneur à atteindre les performances contractuelles, à la disponibilité des locaux, aux évolutions des besoins et des technologies, en somme à la capacité de l'emphytéote à exécuter le contrat d'un point de vue opérationnel et qualitatif.

L'ensemble des risques cités ont pour point commun d'avoir un impact potentiel sur la qualité du service final rendu aux usagers, sur la qualité des soins produits en général et la gestion des risques sanitaires en particulier.

---

<sup>30</sup> Ils correspondent aux risques n° 1, 2, 4, 5, 8, 10 de la matrice des risques présentée en annexe 21 du mémoire, pour modèle.

<sup>31</sup> Ils correspondent aux risques n° 11 à 18, 20 à 21, 24 à 25, 27 à 28 de la matrice présentée en annexe 1.

Ils présentent tous la spécificité de pouvoir interférer dans la continuité du service public hospitalier et d'assumer un rôle propre dans la chaîne de production des risques sanitaires.

Ils sont en quelque sorte le miroir grossissant des exigences partenariales de ce type de contrat : des exigences en terme de coopération a maxima, de coordination a minima, de sécurisation des relations contractuelles, de pilotage global du partenariat. Ils cristallisent les enjeux de la relation public- privé, tels qu'exposés plus haut dans cette étude : performance technique de l'opérateur privé, mécanismes incitatifs et contrôle de la performance, évolution du rôle de l'acteur public. Ils font signe également vers l'exigence d'une réorganisation interne du bailleur pour l'intégration dans son mode de fonctionnement des contraintes de coordination.

Ce type de risque relève d'une part des fonctions supports logistiques d'un hôpital, d'autre part des caractéristiques techniques du bâtiment ou des facteurs pouvant les modifier. Pour plus de clarté, nous les désignerons sous le terme générique de « risques techniques et environnementaux ». Le terme est issu du guide élaboré par la DHOS dont l'annexe 2 étudie les « *Spécificités de la gestion des risques techniques et environnementaux* »<sup>32</sup>.

Deux niveaux de risque, qu'il convient ici de distinguer, interfèrent: les risques liés en propre aux activités transférées (construction, modifications, exploitation et maintenance du réseau électrique, ventilation, eau chaude sanitaire, et...) et les risques liés au fait même de les transférer. Transférer un risque implique un suivi et un contrôle étroits du bailleur pour lesquels on choisit ici d'évaluer la « prise de risque ».

### *2.1.2. Le risque comme continuum*

La réalité de la matérialisation d'un risque peut venir contredire une répartition théorique des risques dans la mesure où un risque s'inscrit avant tout dans un espace continu, graduel et global de production.

Sa survenance est l'aboutissement d'une chaîne d'événements indésirables qui met en jeu des acteurs situés à différents niveaux de responsabilité, et dont l'action respective conditionne et impacte l'action de tous.

---

<sup>32</sup> Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées, DHOS, Sous- direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé « *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé* ».

C'est pourquoi on parle d'un « continuum du risque <sup>33</sup> ». L'accent est mis sur l'obéissance du risque à un mécanisme de survenance complexe, où interviennent différents paramètres, humains, techniques, temporels, dont l'interaction à un moment donné et pour une configuration déterminée permettra sa matérialisation.

L'intérêt de ce concept de « continuum » réside dans le fait qu'il met en échec toute vision fataliste du risque. Dès lors qu'on perçoit dans la survenance d'un risque un mécanisme sur lequel on peut influencer, l'événement risqué s'inscrit dans un espace où les paramètres de situation peut être suivis, analysés puis modifiés et contrôlés à nouveau, dans l'objectif de les prévenir. La vision du risque en tant que continuum permet le paradigme de pilotage <sup>34</sup>.

Dans un projet de BEH, cela suppose au préalable de visualiser avec précision l'ensemble des segments de la chaîne de production des risques sanitaires, les zones de criticité où interfèrent les risques techniques et environnementaux, les points d'impact possibles et les effets critiques.

Le fonctionnement des établissements de santé peut en effet être perturbé par des événements indésirables ou des défaillances techniques, qui peuvent parfois être sans conséquence ou, à l'inverse, présenter un risque important pour la continuité des soins. Comme le souligne l'annexe 3 du guide de la DHOS consacrée aux fiches de recensement des risques techniques et environnementaux, les mêmes causes de dysfonctionnements produisent les mêmes effets. Ce constat peut être fait dans tous les établissements de santé. Cependant, suivant les caractéristiques des activités pratiquées, le caractère de gravité peut être totalement différent. Les effets peuvent être bénins pour certains établissements alors que d'autres subiront des conséquences pouvant présenter des risques majeurs pour les patients <sup>35</sup>.

Ce sont donc les caractéristiques propres à un établissement recourant à un BEH qui doivent être identifiées, analysées et intégrées dans le pilotage global de la qualité. C'est un des nombreux défis que devra relever la Cité Sanitaire Nazairienne. Cette exigence se fonde avant toute autre considération sur un impératif de conformité réglementaire et donc de responsabilité juridique du GCS.

---

<sup>33</sup> PHAM-HI D. *L'art de la gestion des risques*, Chapitre « Traitement quantitatif des risques », Dossier Les Echos, 2006.

<sup>34</sup> Voir supra.

<sup>35</sup> *Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées, DHOS, Sous- direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé* « Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé », Annexe 3.

## 2.2. Un partage de responsabilité à définir

### 2.2.1 *L'établissement public de santé est responsable de la sécurité sanitaire de ses patients*

Quel que soit le mode d'organisation interne choisi par un établissement pour gérer les risques liés à son activité, le directeur d'hôpital a l'entière responsabilité de la sécurité sanitaire et des conditions d'hygiène des usagers.

La qualité de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital participe de façon importante à la sécurité sanitaire dont bénéficie le malade. Le juge administratif retient d'ailleurs fréquemment la responsabilité de l'hôpital sur le fondement d'une faute d'organisation et de fonctionnement du service public hospitalier. A ce titre, le directeur d'hôpital a un rôle important à jouer. Il doit s'assurer que les prescriptions législatives et réglementaires sont effectivement appliquées<sup>36</sup>. Les textes en la matière sont nombreux et sujets à une forte évolutivité. La présentation de l'ensemble de ces textes n'aurait ici pas d'intérêt. A titre d'illustration seulement, on peut faire référence aux dispositions relatives à la sécurité incendie et au risque de panique pendant l'exploitation du bâtiment.

L'application de ces dispositions est placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Celui-ci doit veiller à ce que les locaux, les installations techniques et équipements soient maintenus et exploités en conformité avec les dispositions prévues. Il doit donc faire procéder aux vérifications techniques prévues par ledit règlement, solliciter la visite de l'établissement par la commission de sécurité compétente, prendre les mesures de prévention et de sauvegarde nécessaires et faire assurer la formation des personnels.

Dans le projet de Cité Sanitaire, l'allocation de ce risque n'est pas encore tranchée. Quelle que soit l'issue des négociations, le GCS « Cité Sanitaire » aura l'obligation d'assumer la responsabilité de la sécurité incendie. Si le risque est transféré, la responsabilité de la personne publique n'en sera pas pour autant minorée. En revanche, elle devra pouvoir à tout moment administrer la preuve de l'application conforme des dispositions en vigueur, dans un domaine aussi évolutif que celui de la sécurité incendie.

---

<sup>36</sup> FAUGEROLAS P. *Le Directeur d'hôpital face aux juges*, Collection Ellipses, 1998, p. 54-56.

Les responsables du «GCS Cité Sanitaire » devront être d'autant plus vigilants que l'obligation de sécurité semble s'apparenter à une obligation de résultat<sup>37</sup>. Les performances opposées contractuellement au consortium ne devraient pas constituer un motif exonératoire de sa responsabilité.

Si le GCS aura la faculté d'engager une action récursoire contre son cocontractant pour manquement aux obligations du contrat, il n'en devra pas moins assumer devant les juges administratif et pénal sa responsabilité. Les dispositions du Code pénal relatives aux différents délits d'imprudence mentionnent certes, parmi les conditions de constitution de l'infraction la nécessité d'un manquement (simple ou délibéré) aux dispositions législatives et réglementaires. Mais, au vu de l'imprécision des textes, bien souvent, dans l'intérêt des victimes, la jurisprudence en a étendu le champ d'application. Cette interprétation extensive des textes fait en cela peser sur l'administration une sorte d'obligation de résultat<sup>38</sup>.

### *2.2.2. Etablir le partage contractuel des responsabilités entre partenaires*

Au vu de la chaîne complexe de matérialisation d'un risque, la responsabilité d'un événement indésirable peut être bicéphale dans le cadre d'un BEH.

La difficulté réside donc dans le partage des responsabilités selon une logique déterministe où le lien est fait entre un préjudice, sa cause et son auteur. La recherche du fait générateur est délicate en milieu hospitalier, où les risques sont à la fois nombreux, dispersés et souvent intriqués. La conséquence de ce type de montage contractuel est donc la promotion d'une culture de l'administration de la preuve, tant à priori dans une démarche d'assurance qualité qu'à posteriori, dans une logique de clarification des responsabilités. On peut poser l'hypothèse vraisemblable selon laquelle le BEH traduira dans les pratiques des acteurs un principe de précaution partagé.

## **2.3. Pour une cartographie des risques**

Le BEH doit être l'occasion de porter un regard neuf sur la criticité des risques que l'on s'apprête à transférer. L'intérêt de ce type de contrat est de permettre une mise à plat des processus pour une évaluation objective de ce qui est empiriquement admis.

---

<sup>37</sup> Voir supra.

<sup>38</sup> Voir supra.

Dans ce cheminement vers une politique qualité, une question devait être tout d'abord évacuée, sous peine d'entretenir les malentendus. Le transfert de risques au privé devait-il majorer leur criticité ? Cette interrogation vient spontanément à l'esprit et l'on peut gager que les usagers de la Cité Sanitaire poseront légitimement cette question. Elle n'est pas anodine car derrière ce sont de lourds enjeux idéologiques qui sont soulevés. Un transfert de risques peut être assimilé à un abandon, avec les connotations de négligence et d'irresponsabilité qu'il comporte.

Il convenait donc d'objectiver l'existence ou l'absence d'une majoration de risque dans une opération de transfert. Il fallait puiser parmi les méthodes de l'approche prédictive. Une analyse préliminaire des risques (APR)<sup>39</sup> est apparue comme l'outil le plus adapté à notre recherche. Elle est parfois utilisée comme préalable à une analyse des modes de défaillance et de leurs effets critiques (AMDEC). Cette méthode, associant simplicité et efficacité, répondait bien aux objectifs que l'on se fixait. Il s'agissait d'établir une cartographie à priori des risques sanitaires générés par les risques techniques et environnementaux. Grâce à cet outil, il devenait possible :

- ◆ d'identifier les défaillances potentielles des processus techniques,
- ◆ de décrire les conséquences de ces défaillances sur l'organisation interne et/ou pour les patients
- ◆ de classer les défaillances selon leur criticité, sachant qu'une défaillance est d'autant plus critique qu'elle est fréquente, grave et difficilement détectable.

Le médecin chef du service d'Hygiène hospitalière, ainsi que l'infirmière hygiéniste, ont accepté de prêter leur concours pour la mise en œuvre de cette analyse. Deux interrogations soutenaient l'exercice : Quels sont les risques sanitaires du bâtiment déjà connus et identifiés ? Quels événements indésirables peut-on redouter si l'on se projette dans le futur mode d'organisation de la Cité Sanitaire ? Le tableau suivant fait état des résultats pour deux risques environnementaux majeurs : l'eau et l'air.

---

<sup>39</sup> ROUSSEL P. Manuel d'enseignement , E NSP, 2005.

## ANALYSE PRELIMINAIRE DES RISQUES

PROCESSUS	MODE DE DEFAILLANCE POTENTIELE	EFFETS POTENTIELS	CAUSES POSSIBLES	Fréquence	Gravité	Criticité	MESURE PRECONISEE
<p><b>EAU</b></p> <p><b>Traitement de l'eau : eau potable, eau à usage médical, production d'eau distillée</b></p>	<p>Défaillance dans la maîtrise de la température</p> <p>Prolifération bactérienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eau impropre à la consommation et à l'utilisation</li> <li>- Interruption générale ou partielle de l'alimentation</li> <li>- Brûlures</li> <li>- Epidémie de légionellose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôles insuffisants ; points de puisage non pertinents</li> </ul>	1	5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Informez immédiatement les services</b> de ne pas consommer l'eau</li> <li>- Isoler le réseau défectueux ; procéder à des purges, désinfecter et refaire des contrôles</li> <li>- <b>Mettez en place des procédures dégradées</b></li> </ul>
<p><b>VENTILATION</b></p> <p><b>Ventilation</b></p> <p><b>Climatisation</b></p> <p><b>Production frigorifique</b></p>	<p>Arrêt</p> <p>Température ambiante non maîtrisée</p> <p>Gêne des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interruption d'activités cliniques (bloc opératoire, réanimation, soins intensifs...)</li> <li>- Prolifération bactérienne</li> <li>- Dysfonctionnements des installations informatiques et des appareils biomédicaux</li> <li>- Dégradation des produits sensibles (produits sanguins, analyses biologiques...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus non maîtrisés</li> </ul>	1	5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Informez immédiatement les services concernés</b></li> <li>- <b>Mettez en place des procédures dégradées</b></li> <li>- Procéder aux analyses nécessaires et mettre en place les actions correctives ; contrôler à nouveau.</li> </ul>

La place impartie à ce mémoire ne permettait pas de donner des résultats exhaustifs pour l'ensemble des risques recensés. Toutefois, la convergence des résultats confère au tableau ci-dessus un rôle de représentativité. L'eau, l'air, les surfaces, les déchets, les gaz et fluides médicaux ont pour point commun une occurrence rare mais une gravité extrême, avec des implications sanitaires sérieuses ou mortelles. Il y a donc un enjeu vital dans leur maîtrise et leur prévention. Pour autant, le risque n'apparaît pas devoir être majoré dans le cadre d'un transfert au privé.

L'évaluation faite au CHU de Rennes converge dans ce sens<sup>40</sup>. Les groupements sont très attentifs aux risques pouvant impacter très directement la sécurité sanitaire et l'hygiène des usagers. Ils sont particulièrement vigilants sur le risque d'infections nosocomiales lié aux risques environnementaux (air, eau, ventilation, déchets). Un des objets du BEH au CHU de Rennes est en effet un bâtiment d'hématologie clinique où le traitement de l'air s'avère particulièrement sensible. Les consortia entourent leur projet d'une multitude de préventions aboutissant à une surenchère de dispositifs redondants.

En revanche, l'analyse des actions correctrices et préventives préconisés fait signe vers une criticité de risque moins visible mais tout aussi sévère : les défaillances liées à l'absence de coordination, d'information et de réactivité. Dans le cadre d'un BEH, ce risque assume une criticité particulière puisque l'implication d'un tiers contractuel multiplie ce type de risques. Le même constat a été fait par le Responsable des Services Techniques. Pour prendre l'exemple du risque électrique, en cas d'absence de distribution ou de mauvaise qualité du courant, l'exigence de coordination des professionnels n'est pas négociable. Il faut immédiatement vérifier auprès du distributeur la cause de la panne et évaluer la durée de la coupure. Dans un second temps, il convient de mettre en œuvre les protocoles propres à préserver la sécurité sanitaire et physique des patients : arrêt des ascenseurs, information du bloc opératoire et des étages, interdiction de toute nouvelle anesthésie, utilisation des appareils biomédicaux redondants ou fonctionnant sur pile.

En synthèse, si le transfert de risque ne majore en rien la criticité des activités, il existe un risque de défaillance des coordinations qui doit être anticipé. On sait aujourd'hui que les défauts d'organisation, particulièrement aux interfaces entre acteurs ou secteurs, constituent plus de 80 % des facteurs de risques dits latents<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Entretien avec Patrick Plassais, directeur du Plateau technique, en charge du projet de BEH.

<sup>41</sup> JEZEQUEL N., RAYMOND J.L. *Risques et vigilances sanitaires. Organisation et coordination dans les établissements de santé*, Bordeaux, Edition Les Etudes Hospitalières, 2002.

Ce chiffre fait signe vers une exigence forte de contractualisation au plus près des enjeux de demain. Pour parvenir aux moyens de cette exigence, un usage dynamique de la matrice des risques peut permettre d'anticiper les clauses contractuelles pratiques qui régiront les relations partenariales en 2012.

### **C. Les raisons d'un usage dynamique de la matrice des risques : entre sécurité juridique et efficience opérationnelle.**

Utiliser une matrice des risques équivaut à dérouler un fil dont on aurait saisi l'extrémité visible. A portée de main du bailleur, se trouvent le montant du loyer, les clauses juridiques et l'évaluation des solutions techniques. A l'autre extrémité du fil, un arrière-plan organisationnel se dessine, encore lointain, mais dont le contenu et la forme se décident aujourd'hui.

#### **1. L'efficience opérationnelle , un critère complémentaire**

Choisir un périmètre de transfert des risques, c'est opter pour un certain coût d'investissement dans la qualité. Dans le même temps, c'est se positionner sur le plan des ressources humaines. Si des décisions sont prises pour demain, des paris sur l'avenir doivent être pris dès aujourd'hui : pari sur les relations partenariales, pari sur l'adaptabilité de notre organisation hospitalière, pari d'un fonctionnement intégré et souple.

Aux compétences financière et juridique, la personne publique doit donc ajouter la capacité d'anticipation adaptative. Un des risques du bail emphytéotique hospitalier est de se laisser enfermer dans une vision théorique du contrat et de décider sur des scénarii déconnectés de la réalité locale. Le bailleur doit adjoindre aux critères cités plus haut celui de l'efficience opérationnelle. L'opportunité du transfert d'un risque doit être questionnée dès lors qu'il compromettrait la plus-value d'un choix organisationnel. L'interaction de l'emphytéote avec l'ensemble du système mérité d'être évaluée en amont, en fonction des habitudes de travail et des résultats obtenus.

#### **2 . Les théories microéconomiques du contrat appliquées au BEH**

Sur la nécessité d'une prévision des clauses contractuelles, les théories micro-économiques du contrat apportent un point de vue utile et distant.

L'économiste O. E. Williamson analyse les coûts de transaction liés à la passation d'un contrat. Pour lui, la notion d'opportunisme est un élément clé<sup>42</sup>. Cette hypothèse d'opportunisme se comprend comme la volonté d'éviter des lectures simplistes des organisations : la coopération des agents doit être construite, et ne résulte pas d'un quelconque ordre naturel. En effet, une fois la relation contractuelle engagée, l'agent peut capter tout ou partie de la rente de son partenaire. Les problèmes de non-exécution des contrats relèvent ainsi de l'opportunisme *ex post* et renvoient à la notion d'aléa moral.

Dans un contrat de BEH, le phénomène d'aléa moral dérive de la durée du partenariat (trente ans en moyenne). La personne publique peut devenir captive d'un partenaire qui gère la relation sur le mode conflictuel plutôt que sur le mode partenarial. C'est un risque qu'elle se doit donc d'anticiper en prévoyant les moyens contractuels de contrôler l'exécution conforme du contrat. Il appartient donc au bailleur d'être assez exhaustif et méticuleux dans la négociation pour prévoir les moyens de réguler ce phénomène. La construction d'un véritable partenariat ne peut se faire que moyennant ce double effort de négociation et de rédaction.

Enfin, selon Williamson, plus les interactions entre les partenaires sont fréquentes, plus les coûts de transaction progressent. Dans le cadre du BEH, sur la base de ce principe micro-économique, on peut en déduire des coûts de transaction élevés. Il apparaît donc impératif de les réduire en prévoyant entre partenaires l'ensemble des clauses contractuelles.

Pourtant, l'exhaustivité dans la rédaction du contrat est un objectif rarement atteint. C'est ce que Williamson appelle la « radicale incomplétude des contrats ». Le défi réside donc également dans la mise au point d'un accord qui permette de gérer les problèmes de maladaptation postérieurs à la signature du bail.

La vigilance des bailleurs devra être régulièrement rappelée. Lors d'un colloque consacré au BEH, la directrice à la coordination des métiers de la société Veolia<sup>43</sup> alertait les bailleurs sur ce point:

« Si ça continue comme ça, les hôpitaux vont avoir des déboires et ça va tuer le PPP. Même les contrats ne sont pas assez achevés, il n'y a pas assez d'exigence, il faut qu'ensemble on apprenne à avoir des contrats qui permettent de vraiment rassurer et d'être de qualité et d'obliger les partenaires à bien travailler tout au long du contrat. »

---

<sup>42</sup> O. E. Williamson, « Strategizing, economizing, and economic organization ». *Strategic management Journal*, vol. 12, 1991, p.75- 94

Pour répondre à cet appel, un exercice d'anticipation est ici proposé. La politique qualité de la Cité Sanitaire en sera l'objet. Ainsi, la gestion des risques, les moyens de la coordination, l'intégration des équipes, le contrôle du partenaire pourront être passés au crible. Les résultats seront mis à profit pour une contractualisation du bail au plus près des enjeux de demain.

---

<sup>43</sup> Geneviève Rigolot

## II. Se saisir de la matrice des risques pour se projeter dans la politique qualité de demain : un exercice d'anticipation

---

Se projeter dans la politique qualité que le GCS «Cité sanitaire » aura pour défi de mettre en œuvre en 2012 implique de s'attacher aux deux dimensions fondatrices d'une politique qualité : son contenu et son architecture. Avant de s'engager dans cet exercice d'anticipation, il convient de caractériser les particularités d'une politique qualité au sein d'un établissement ayant fait le choix d'un bail emphytéotique hospitalier.

### A. Prévoir ce qui changera en 2012, à l'ouverture de la Cité Sanitaire

Prévoir ce qui changera demain doit être une préoccupation constante du bailleur afin de ne pas avoir à revoir ce qui aura été contractualisé hier.

#### **1. Caractéristiques d'une politique qualité au sein d'un EPS ayant fait le choix de recourir au BEH**

Les caractéristiques peuvent varier d'un contrat à l'autre selon la nature du projet (construction d'un nouvel hôpital, centre de soins, unité d'hématologie, maison de retraite) et les termes précis issus des négociations. Néanmoins, deux effets constants peuvent être repérés : la restriction du périmètre de gestion directe des risques et une approche contractuelle de la qualité.

##### **1.1. Intégrer le transfert de risques à la conduite globale de la politique qualité**

###### **1.1.1 Les modifications de l'existant : périmètre de gestion et formalisation du devoir de contrôle**

Au sein d'une structure hospitalière, la définition de la politique qualité est impulsée par la direction générale qui opère des arbitrages sur le contenu, les orientations et les formes de management de la qualité. Il s'agit alors de déterminer les moyens institutionnels, matériels et humains pour faire vivre ces choix. Selon la taille de l'établissement, au niveau de la direction, les ressources humaines dédiées peuvent se décomposer en une direction qualité, une cellule qualité ou un poste d'assistant qualité, avec des combinaisons variables.

Le contenu de cette politique qualité est en partie prédéfinie par le respect de la réglementation en matière de sécurité sanitaire, de gestion des risques et de vigilances sanitaires. Par exemple, un hôpital ne peut pas se soustraire à son obligation de lutte contre les infections nosocomiales. Il recouvre également le pilotage des chantiers réglementaires qui jalonnent le calendrier hospitalier : la visite de certification (V1 et V2)<sup>44</sup> par les experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), l'élaboration du document unique des risques professionnels, les visites de contrôle de conformité. A côté de ces rendez-vous incontournables de la qualité hospitalière, l'établissement décide, en concertation avec les personnels impliqués, des domaines prioritaires pour lesquels une évaluation et des actions correctives seront mises en places, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité.

Dès lors que le choix est fait de recourir à un BEH, la politique qualité telle que définie par l'établissement doit absorber les évolutions induites par le partage de risques avec le partenaire privé. Deux niveaux de risque interfèrent ici : les risques liés aux activités transférées, pouvant se matérialiser après la livraison de l'ouvrage, en phase post-contractuelle, et les risques portés par la stratégie de transfert.

On observe ainsi que le recours au BEH impacte le champ d'application de la politique qualité, en réduisant le périmètre de gestion directe des risques à maîtriser, sans rien retrancher à l'obligation faite à l'établissement d'assurer la sécurité sanitaire comme la sécurité physique des usagers.

L'enjeu est donc double. Il s'agit d'une part d'exercer une qualité de suivi et de contrôle de l'exécution du contrat, afin de garder dans un même périmètre de surveillance l'ensemble des risques pouvant impacter la vie d'un établissement hospitalier, risques cliniques, risques techniques et risques environnementaux. D'autre part, il s'agit d'apporter aux modifications de périmètre de gestion la meilleure réponse possible en terme d'architecture qualité. Par cette expression, il est fait référence au dispositif institutionnel mis en place (cellule de suivi, échelons intermédiaires de contrôle), ainsi qu'au mode d'articulation choisi pour maintenir un pilotage unique de la qualité au sein de l'établissement, en dépit d'une dévolution partielle des actions et des moyens. Enfin, l'architecture qualité doit être soutenue par une politique de communication permettant l'échange d'informations fiables.

---

<sup>44</sup> V1= 1<sup>ère</sup> visite d'accréditation des établissements de santé. V2= Seconde visite dénommée depuis « visite de certification ».

### **1.1.2 Les conséquences d'une contractualisation de la qualité**

Un tiers enjeu s'immisce dans la politique qualité d'un hôpital ayant signé un contrat de bail : devoir composer avec des choix négociés hier. En effet, lorsque la Cité Sanitaire ouvrira ses portes, un certain nombre de décisions auront été prises et inscrites au contrat, dont les grands principes ne pourront plus être rediscutés. Le coût d'investissement dans la qualité, le périmètre de transfert des risques, les moyens de contrôle sont autant d'éléments qui ne seront plus négociables, mais seulement révisables. Encore faudra-t-il avoir prévu les clauses de rendez-vous ad hoc. Pour les changements à la marge, la contractualisation de clauses souples doit permettre ces ajustements au contrat. Sinon, il faudra s'acheminer vers la rédaction d'avenants au contrat, lourds et coûteux. Cette particularité invite à capitaliser le temps du dialogue compétitif puis de la mise au point du contrat pour négocier au mieux les termes de la politique qualité de 2012.

Or à la lecture des premières expériences françaises de partenariat public-privé, on observe un certain déficit en matière de contractualisation de la qualité. Les réformes hospitalières en cours devraient pourtant permettre de faire évoluer les pratiques.

## **1.2 Un contexte réglementaire favorable à un effet d'apprentissage**

La mise en place des pôles<sup>45</sup> à l'hôpital représente un laboratoire unique d'expérimentation de la délégation de compétence. Elle est incontestablement une source d'enseignements qui pourront être profitables à tous ceux qui auront la charge de la mise en œuvre des baux emphytéotiques. A moins que ce soit la gestion concrète des contrats de BEH qui n'ait elle-même un effet d'entraînement sur la conception de l'organisation hospitalière.

### **1.2.1 Une culture de la contractualisation de la qualité encore naissante**

En France, contrairement aux expériences de délégation de service public (DSP) pour des services comme la production et le traitement de l'eau, le partenariat public-privé dans le domaine du bâtiment est récent. Les autorités publiques, comme les entreprises privées, apprennent donc progressivement à maîtriser de nouveaux processus.

---

<sup>45</sup> La mise en place des pôles à l'hôpital est une exigence réglementaire issue de l'Ordonnance 2005-406 du 02 mai 2005.

Des montages juridiques et financiers de partenariat public- privé, préexistant au bail emphytéotique hospitalier, ont permis de caractériser la relation des personnes publiques à la contractualisation de la qualité attendue.

L'analyse de différents projets démontre que toutes les tentatives destinées à améliorer et à mesurer la qualité du service ont été menées par le partenaire privé<sup>46</sup>.

Ainsi, pour l'hôtel de police de Strasbourg<sup>47</sup>, il n'y a avait pas de cahier des charges pour la qualité du service rendu par le gestionnaire technique. Les initiatives apparaissent paradoxalement davantage du côté des partenaires privés qui sont soumis en interne à des mesures de contrôle. C'est donc le gestionnaire technique qui cherche à élaborer des indicateurs de qualité (taux de panne, délais d'intervention...) et réaliser une enquête de satisfaction annuelle. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la mise en place volontaire d'une procédure ISO.

Dans le projet pénitentiaire des « 13 000 »<sup>48</sup>, seuls les indicateurs relatifs au travail carcéral et à la formation professionnelle émanaient de l'administration. L'opérateur privé, qui avait mis en place dès l'origine certains indicateurs de mesure de la performance, est allé plus loin à partir de 1998. Il a notamment mis en place une démarche de certification ISO 9002 de la qualité. Cette certification implique aussi les sous-traitants ou partenaires pour la restauration notamment. Dans ce domaine, le client public n'a pas conservé de compétences techniques pourtant nécessaires pour superviser la fonction maintenance.

Une évaluation des premiers projets de BEH menés en France dresse le même constat quant au manque d'intérêt porté à la dimension qualitative des baux emphytéotiques. Le témoignage de Christian Berehouc, responsable à la Mission d'Assistance à l'Investissement National Hospitalier (MAINH), prolonge ce constat :

---

<sup>46</sup> BOUGRAIN F., CARASSUS J., COLOMBARD-PROUT M. *Partenariat public- privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ?*, Paris, Presses de l'Ecole Nationale des Ponts et Chaussées, novembre 2005, p. 143 à 191.

<sup>47</sup> L'objet de l'opération est le financement, la conception, la construction et la gestion technique de l'hôtel de police de Strasbourg. Le fondement du dispositif est, entre le Ministère de l'Intérieur et une société civile immobilière, une autorisation d'occupation temporaire (AOT) du domaine public constitutive de droits réels, articulée à une convention d'occupation d'un immeuble bâti au profit d l'Etat, définissant une location avec option d'achat (LOA).

<sup>48</sup> Projet lancé par le Ministère de la Justice en 1988 suite au problème de la surpopulation carcérale (« 13 000 places » à créer ), concernant 25 établissements pénitentiaires. La forme contractuelle prévoit un appel d'offres sur performance conçu en deux marchés distincts : un marché de Conception Construction Aménagement (CCA) et un marché de Fonctionnement des Etablissements Pénitentiaires (FEP).

*« L'enjeu majeur n'est peut-être pas la construction, mais c'est la qualité du service qui va être fourni pendant une longue période et je le reconnais, les tous premiers qui ont été lancés ont pêché par une certaine légèreté en termes de précision ou de besoin, en termes d'indicateur sachant que c'est ce qui va générer la vie du contrat. »*

### **1.2.2. Déléguer aux pôles, transférer au consortium : une même exigence de formalisation**

A ce premier constat d'insuffisance, il est possible d'opposer une hypothèse d'entrée des acteurs publics dans un dispositif d'apprentissage, au travers d'un jeu de « *learning by doing* », d'erreurs et d'ajustements, de succès et d'échecs.

Cette hypothèse peut être posée avec d'autant plus d'optimisme que l'hôpital entre dans une période de réorganisation interne, sous l'effet de la mise en place des pôles et de la délégation de gestion<sup>49</sup>. Au Centre hospitalier de Saint-Nazaire, la délégation des compétences est l'occasion d'une réflexion sur les moyens du maintien d'un pilotage global au sein de l'institution. Ce projet entre en résonance avec les futurs enjeux de contrôle de la performance du GCS Cité Sanitaire.

Une mise en perspective avec les exigences organisationnelles induites par le transfert de risques en BEH apparaît donc opportune. Elle permet de connaître le degré de préparation de l'institution hospitalière en général et du Centre hospitalier de Saint-Nazaire en particulier pour affronter un changement de positionnement. Le bailleur doit en effet évoluer vers un rôle d'organisateur et de contrôleur de l'exécution du service. Dans un même esprit, la direction générale du Centre hospitalier s'apprête à fixer des orientations qu'elle négociera dans des contrats de pôle, passant d'un rôle d'exécutant direct à un rôle de contrôleur et de suivi des résultats. La distinction majeure résidera dans la nature de la contractualisation : interne dans le cadre de la nouvelle gouvernance, elle aura une valeur juridique au sein du contrat de BEH. Dans le premier cas, les objectifs seront révisables de façon à réagir à l'actualité hospitalière, alors que dans le contrat de bail, les modes de révision relèveront a minima de clauses contractuelles expressément prévues au contrat.

Au Centre hospitalier de Saint-Nazaire, la direction de la qualité a, elle aussi, investi ce chantier réglementaire et proposé une politique de délégation de gestion de la qualité.

Elle pose un postulat au principe de délégation de gestion : « une définition centralisée de la politique qualité- risques ». Ses objectifs transversaux seront « traduits en objectifs qualité négociés dans les contrats de pôles, avec indicateurs de suivi et évaluation des résultats<sup>50</sup> ». Il est par ailleurs précisé que la mise en œuvre concrète des mesures par les pôles doit être coordonnée. Le chapitre des moyens est également abordé, posant la question fondamentale du coût d'obtention de la qualité et de la formalisation d'une politique d'allocation des moyens : « La question des ressources que le pôle sera en mesure de dégager est déterminante, le risque étant que faute de moyens, les pôles donnent la priorité aux autres domaines de délégation (GRH, équipement..) »<sup>51</sup>. Ainsi, on constate que toute démarche de délégation (on parle de transfert pour un BEH) de compétences de gestion implique une formalisation des objectifs, des moyens et des coûts, conférant ainsi une visibilité à ce qui hier était tacitement assumé ou négligé.

La direction de la qualité du Centre hospitalier a identifié des indicateurs qui font écho aux indicateurs que le bailleur du « GCS Cité Sanitaire » devra négocier lors du dialogue compétitif.

## **1.2 Démarches d'amélioration de la qualité en cours dans le pôle**

Nombre de recommandations de la HAS touchant le pôle

Taux de réalisation des actions d'amélioration prévues dans le projet du pôle

## **1.3 Démarches de gestion des risques en cours dans le pôle**

Nombre et nature des événements indésirables concernant le pôle, y compris événements de pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, identitovigilance, biovigilance, réactovigilance, infectiovigilance : une à deux fois par an.

En effet, dans le contrat de BEH, il faut savoir prévoir l'ensemble des points critiques de la relation partenariale public- privé. Ainsi, il est important d'opposer au consortium des indicateurs renseignant sur la capacité du preneur à remplir des exigences vérifiées par les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé<sup>52</sup>.

<sup>50</sup> Centre hospitalier de Saint-Nazaire, Direction de la Qualité, « Note sur l'Organisation en pôles : Identification d'indicateurs et délégation de gestion », 10/08/2006.

<sup>51</sup> Idem

<sup>52</sup> En suivant le calendrier quadriennal des visites de certification de la Haute Autorité de Santé, on prévoit une quatrième visite de certification en 2013, soit un an après l'ouverture prévisionnelle de la Cité Sanitaire Nazairienne.

Ce savoir-faire s'acquiert par la pratique concrète de la dévolution d'objectifs et de moyens. On peut donc gager que la mise en place des pôles saura accompagner la direction de la qualité dans le suivi des risques transférés.

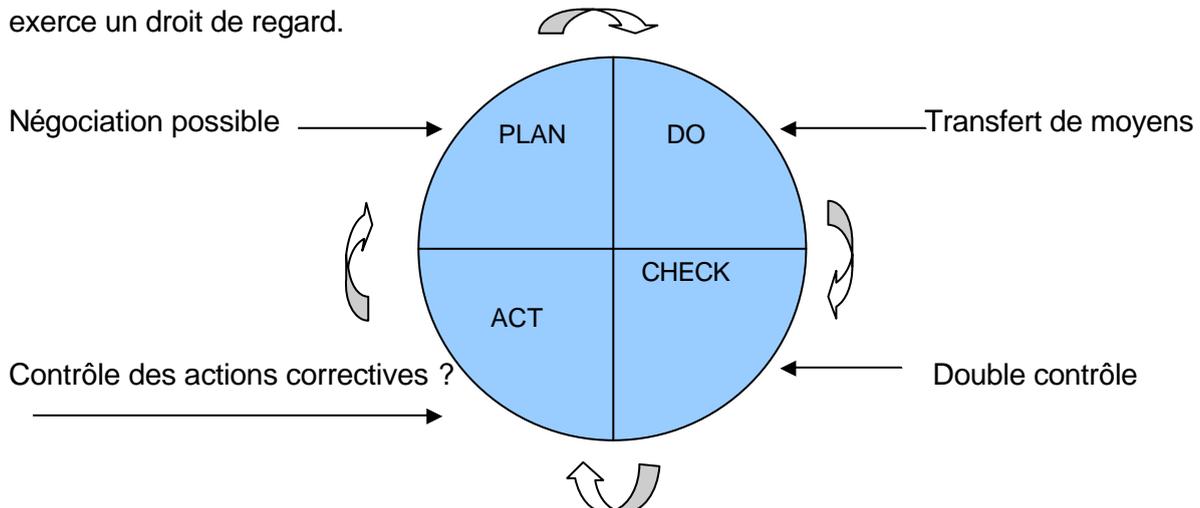
### 1.3. Les contraintes nouvelles d'une amélioration continue de la qualité

La direction de la qualité aura à s'emparer d'une difficulté liée au principe de l'amélioration continue de la qualité au sein d'un BEH.

#### 1.3.1. Une amélioration continue de la qualité sous contrat

Principe fort de toute démarche qualité, l'amélioration continue de la qualité a été modélisée par Deming à travers un cycle consistant à enchaîner sans cesse la planification, la réalisation, la vérification et la correction des actions. Une roue appelée « roue de Deming » est symbolisée sur un plan incliné, décrivant la nécessité de progresser en permanence. Ce principe est la plupart du temps inscrit dans les offres des consortia qui veulent démontrer leur capacité à optimiser dans la durée l'exécution du service public hospitalier. Pourtant, incluse dans un contrat, l'amélioration continue de la qualité fait question.

Dans les quatre phases décrites par la roue de Deming, certaines font l'objet de négociation entre le public et le privé, d'autres sortent du périmètre sur lequel la personne publique exerce un droit de regard.



**Phase 1: PLANIFIER.** Cette première phase consiste à établir les objectifs et processus nécessaires pour fournir des résultats correspondant aux exigences des clients.

Dans un BEH, elle résulte des négociations menées lors de la fixation du niveau de performances. Le bailleur fixe des objectifs quantitatifs et qualitatifs et regarde les moyens d'y parvenir. Sur les processus eux-mêmes, le BEH voudrait qu'il soit laissé la liberté au consortium de le déterminer.

Phase 2 : **FAIRE**. IL s'agit dans un second temps de mettre en œuvre les processus.

Conformément à l'esprit du BEH, cette phase est prise en charge directement par le consortium qui est responsable de ses modes opératoires.

Phase 3 : **VERIFIER**. Cette étape vise à surveiller et mesurer les processus et le produit/ ou le service par rapport aux objectifs et exigences assignés, ainsi qu'à rendre compte des résultats. Lors de cette phase, la personne publique exerce son rôle de contrôle de la bonne exécution du service public hospitalier. Il s'exerce donc à ce niveau un double contrôle puisque le consortium aura au préalable exercé un contrôle interne des activités qui lui ont été confiées. Pourtant, le contrôle de la personne publique est indispensable puisqu'il garantit le maintien des activités au sein du service public hospitalier.

Phase 4 : **AGIR**. Dans cette dernière phase, on entreprend des actions pour améliorer en permanence la qualité.

Là encore, l'esprit du BEH induit que le consortium mette en œuvre de façon autonome les actions d'amélioration continue qu'il juge opportunes.

### **1.3.2. Du contrôle à l'assurance qualité**

L'action de contrôle mise en œuvre par la personne publique devrait autoriser au consortium cette marge de liberté, puisque toute action est a posteriori contrôlée.

Pourtant, les principes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) définis par Deming<sup>53</sup> contredisent l'efficacité des seuls contrôles. L'optimisation d'une démarche qualité passe au contraire par une réduction en amont du cycle des besoins de contrôle et un renforcement de l'assurance des processus. Le rapprochement des principes de l'ACQ avec

le fonctionnement d'un contrat de BEH souligne deux points. Le premier renvoie à un point de faiblesse du BEH : la nécessité de redoubler les contrôles et de dégager du temps dédié. Le second appelle une exigence : s'investir en tant que bailleur dans la négociation des processus mis en œuvre.

L'optimisation de la qualité ne saurait en effet se satisfaire du contrôle à posteriori car il n'est le garant que de la réduction des dysfonctionnements et non de leur prévention.

Il convient donc de discuter des moyens d'une assurance qualité. Autrement dit, il revient à la personne publique de mettre en demeure son partenaire de lui fournir l'assurance, par des certificats et des rapports, d'un dispositif de maîtrise à priori des risques.

Enfin, il revient aux partenaires de s'entendre dès la rédaction du contrat sur des points de rendez-vous pour une évaluation contradictoire des actions correctrices mises en œuvre. La « roue de Deming » repose sur une cale (les audits) représentant l'obligation de vérifier la stabilité du système avant de continuer à progresser. L'audit peut être mené par le bailleur ou prévu dans le contrat, à la charge d'un organisme externe. L'attention de la personne publique doit toutefois être attirée sur le coût que représentent pour le loyer de trop hautes exigences.

## **2. Les enjeux spécifiques de la politique qualité pour le « GCS Cité Sanitaire Nazairienne »**

### **2.1. Prévoir les interactions de deux problématiques complémentaires**

Pour le «GCS Cité Sanitaire », un quatrième enjeu vient poser la nécessité d'une réflexion globale sur l'architecture qualité à inventer pour 2012.

#### **2.1.1 Politique (s) qualité du GCS et transfert de gestion des risques au privé**

Le GCS étant composé de deux entités distinctes, représentées par le Centre hospitalier de Saint-Nazaire et Mutualité Atlantique, ce sont deux politiques qualité qui devront au préalable être harmonisées au sein du GCS. Les conséquences de la recomposition de l'offre de soins publique- privée sur le territoire de santé de Saint-Nazaire appartiennent à l'environnement institutionnel de ce dossier de BEH.

---

<sup>53</sup> Deming a défini un ensemble de 14 principes qui sont transférables dans les projets d'amélioration continue de la qualité de nombreux secteurs (entreprises, services, administrations, etc...). Ces principes sont repris dans le référentiel de la norme ISO 9001 version 2000.

Aujourd'hui, le chantier de la qualité n'est pas encore mis en œuvre car le calendrier demande de progresser sur d'autres dossiers (modalités du principe client- fournisseur pour les activités transversales, localisation de la stérilisation, mise en cohérence des deux systèmes d'information). En 2006, on ne peut pas affirmer qu'il n'y aura une politique qualité unique ni que deux systèmes de pilotage distincts coexisteront.

Comme il ne s'agit pas d'une fusion mais d'un partage d'activités, il y a un principe fort de respect des identités de chacun qui se heurte parfois à la logique de fonctionnement intégré.

## **2.2. Se projeter dans la réalité de la gestion des risques hospitaliers**

Toutefois, le calendrier propre au BEH commande de réfléchir déjà à la meilleure solution à dégager en vue du partenariat à mener avec un groupement privé. La complexité de l'architecture qualité telle qu'elle se dessine pour 2012 commanderait de ne prévoir qu'un seul interlocuteur, un « guichet unique » pour une économie de temps et de moyen. Au vue de la réalité de la gestion des risques en milieu hospitalier, ce serait une véritable gageure pour le consortium que de devoir identifier l'interlocuteur compétent pour discuter d'un dysfonctionnement.

En cas d'événement indésirable critique lié au traitement de l'air au bloc opératoire, devra-t-il s'adresser au gestionnaire des risques de Mutuelle Atlantique, qui a la charge de la gestion du bloc opératoire ? Ou bien devra-t-il s'adresser tour à tour à la Mutuelle et au Centre hospitalier, celui-ci assumant la responsabilité de ses patients, pris en charge au bloc opératoire par son partenaire mutualiste ? En cas de panne électrique par ailleurs, avec les conséquences sévères que l'on peut imaginer pour la prise en charge médicale, une perte d'efficacité pourrait découler du double niveau de coordination nécessaire pour la mise en place de solutions dégradées : coordination avec le consortium, coordination entre le CH et la Mutuelle Atlantique.

Cette contrainte forte doit être présente à l'esprit du futur bailleur qui, pour l'heure, s'apprête à négocier le contenu du périmètre de gestion des risques transférés au privé. Les décisions seront d'autant plus fondatrices qu'elles seront affinées et contractualisées en 2008.

## B. Poser les bases de la politique qualité au sein du GCS Cité Sanitaire

En septembre 2006, le « GCS Cité Sanitaire » entre en phase de principe partenarial sommaire (PPS). Au cours de ce nouveau tour de dialogue, le partage des activités entre partenaires sera précisé. Il amènera à évaluer plus précisément la plus-value du transfert des risques techniques et environnementaux. Les choix opérés en 2006 détermineront le périmètre de gestion des risques de 2012 et en figeront certains aspects. L'architecture qualité sera quant à elle largement fonction de la capacité du bailleur à en prévoir aujourd'hui les aspects pratiques.

### 1. Contractualiser le contenu de la future politique qualité

Afin d'être en mesure d'identifier les points sur lesquels le « GCS Cité Sanitaire » doit être attentif lors des négociations, il convient d'examiner l'impact du BEH sur l'approche de la qualité en terme de coût, de moyens et de performance.

#### 1.1. Investir dans la qualité, une décision à prendre.

Envisager la qualité en terme d'investissement financier n'est pas une approche qui fait aujourd'hui l'unanimité à l'hôpital. La qualité coûterait cher car elle baisserait la productivité et augmenterait les coûts de travail. Elle est plus communément comprise comme un poste de dépense. En réalité, les coûts et la qualité sont complémentaires. La logique présidant au bail emphytéotique hospitalier tend à faire la démonstration de ce principe.

##### *1.1.1. Sanctuariser dans le loyer un coût d'investissement dans la qualité.*

Deux relations ont été identifiées entre le coût et la qualité : le coût d'obtention de la qualité (**COQ**) et la réduction des coûts de la non-qualité (**CNQ**).

Le COQ permet de prendre en compte la notion d'investissement dans la qualité. Ce concept date de la mise en place des premiers systèmes d'assurance-qualité aux Etats-Unis dans les années 1950. Il est défini comme étant la somme des dépenses supplémentaires engagées pour corriger et prévenir des dysfonctionnements : c'est le coût de l'imperfection et de la prévention. Les éléments du COQ se répartissent en trois composantes<sup>54</sup> :

---

<sup>54</sup> CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N., « *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital* », ANAES, Service Evaluation Economique, septembre 1998.

- les deux premières constituent le coût d'investissement dans la qualité (CIQ) :
  - ◆ les coûts de prévention (ont pour objet d'éviter une défaillance)
  - ◆ les coûts d'évaluation et de conformité (ont pour objet la mise en place des activités de vérification en cours de production ou avant livraison)
  
- la troisième est le coût de la non- qualité (CNQ) qui correspond aux coûts des défaillances et de leurs corrections.

Comme cela a été souligné dans le chapitre consacré aux critères de transfert des risques, le critère de qualité n'apparaît pas déterminant. Cependant, les bailleurs identifient l'amélioration attendue des prestations de service et de maintenance comme une conséquence très positive de cette forme de la commande publique. Ce point est souligné par Joël Bouffies, directeur du Centre hospitalier Sud- Francilien (Evry- Corbeil, Essonne), qui a signé en juillet 2006 avec la société Eiffage le plus important bail emphytéotique hospitalier à ce jour en France: *«Comparativement aux difficultés que connaissent aujourd'hui les établissements publics de santé en matière de maintenance et d'adaptation des bâtiments hospitaliers aux normes en vigueur, cette procédure innovante qui associe l'hôpital et son constructeur- mainteneur permet de garantir une maintenance et une exploitation technique performante sur la totalité de la durée du bail.*<sup>55</sup> »

Le recours à un bail emphytéotique hospitalier modifie en effet les relations du coût et de la qualité à l'hôpital. Alors que la maintenance du bâtiment et des équipements, en contexte de restriction budgétaire, est souvent un poste de réduction des dépenses, le BEH permet de sanctuariser pour une durée de long terme un montant fixe et contractuel dédié à cette activité, et compris dans le loyer. Ainsi, ce poste budgétaire, préservé des aléas de la conjoncture hospitalière, devient une source pérenne d'amélioration du service rendu aux patients.

Ces deux coûts associés d'investissement dans la qualité (CIQ) et de réduction de la non qualité (CNQ) sont particulièrement visibles pour les dépenses d'exploitation et de maintenance. En phase de PPO, la plus-value prévisionnelle est déjà soulignée par le Service d'Hygiène hospitalière du Centre hospitalier de Saint-Nazaire.

---

<sup>55</sup> HOSPIMEDIA, « Hôpital Ile-de-France Sud Francilien- BEH », 11 juillet 2006

Lors de la séance de travail consacrée à l'analyse AMDEC de l'impact des risques techniques et environnementaux sur les risques sanitaires, le médecin chef de service rappelait que les dépenses liées à la prévention du risque de légionellose étaient sujettes à des variations suivant le contexte budgétaire.

Moins visible mais tout aussi fondamental, le coût d'obtention de la qualité dans les domaines des changements de conception et d'adaptation des bâtiments aux évolutions réglementaires.

Lors du stage extérieur ENSP en entreprise, de décembre 2005 à janvier 2006, l'occasion m'a été donnée de travailler au sein de l'agence d'architecture SCAU et de procéder à l'évaluation de la qualité d'usage de l'architecture d'un hôpital. Un des motifs récurrents d'insatisfaction parmi les personnels était le manque d'évolutivité des bâtiments, le coût des travaux et des déménagements successifs, mais aussi le coût en terme d'image de marque de l'hôpital.

#### *1.1.2. Négocier un optimum d'investissement : un coût de contrôle de conformité incompressible*

Dans un contrat de BEH, le coût de la non-qualité (CNQ) à l'hôpital peut être réduit par l'investissement permanent dans la prévention et le contrôle de conformité (CIQ). Ce principe, que nous nous proposons d'appliquer au BEH, a été démontré par P.R. Gibson<sup>56</sup> qui a développé une théorie relative à la décroissance du COQ (CIQ + CNQ) obtenue grâce à l'investissement dans la prévention. En effet, si l'organisation a un excellent système de prévention, elle aura moins besoin de corriger ses erreurs. La spécificité du BEH est de rendre le coût de conformité incompressible à l'intérieur du CIQ. Ce coût de conformité recouvre en l'occurrence les différents contrôles et vérifications que le bailleur choisit d'opposer au preneur de bail.

Dans d'autres formes d'organisation, un système de prévention performant conduit à une baisse des coûts de défaillance comme des coûts de conformité. Les risques d'erreur se réduisant, le contrôle de conformité se fait moins exigeant. Mais au sein d'un contrat de bail, les obligations faites au consortium en terme de contrôle réglementaire (et non réglementaire, s'il a été négocié) sont définies contractuellement et ne sont révisables qu'à la marge. Elles sont ainsi la garantie d'une assurance qualité durable.

### 1.1.3. Mesurer l'optimum d'investissement à l'aune des spécificités hospitalières

Cette théorie mérite d'être approfondie et mise en perspective avec le contrat de BEH car elle pose justement la question d'un montant optimum d'investissement dans la qualité. Cette préoccupation doit être celle des bailleurs qui, en phase de dialogue compétitif, négocient avec les candidats le niveau de performance à atteindre et les enveloppes prévisionnelles d'exploitation- maintenance.

On constate en effet qu'à partir d'un certain montant des dépenses de prévention (l'optimum), le retour d'investissement de la prévention serait plus faible parce que le COQ augmenterait, et les opportunités de profit baisseraient<sup>57</sup>.

A l'issue du premier tour de négociations avec les consortia, la question de cet optimum est un point d'interrogation majeur pour l'Ingénieur des Services techniques du Centre hospitalier de Saint-Nazaire. Parmi les activités potentiellement transférables au consortium, on compte la production et la distribution de l'eau chaude sanitaire (ECS). Le risque lié à ces activités réside dans la survenance d'une épidémie de légionellose, risque auxquels les consortia sont toujours très attentifs. Afin de prévenir une mise en cause de leur responsabilité, les groupements proposent des systèmes de contrôle systématiques et fréquents, selon une logique de tolérance zéro soutenue par une redondance de moyens. Lorsque ces activités sont transférées, le choix des points de puisage et de mesure est laissé au prestataire. Or en l'absence d'expérience hospitalière spécifique, les choix opérés ne sont pas toujours pertinents. Les résultats peuvent donner une image déformée du risque, qui peut être perçu comme majeur alors même que la sécurité sanitaire des usagers n'est pas menacée.

Comme le fait remarquer l'Ingénieur des Services Techniques, la mesure du risque de légionellose n'est pas suffisante en soi. Elle doit être suivie d'une prise de décision collégiale, entre le chef de service de l'Hygiène hospitalière et le Responsable des Services Techniques. Ceux-ci apprécient alors la réalité du risque constitué. Or dans le cadre d'une contractualisation liée à des vigilances réglementaires comme la légionellose, les groupements ne s'autorisent pas cette marge interprétative.

---

<sup>57</sup> CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N., « *Le coût de la qualité et de la non- qualité à l'hôpital* », ANAES, Service Evaluation Economique, septembre 1998, p. 13-15.

La mise en œuvre du principe de précaution se traduit *in fine* financièrement par une augmentation du loyer. Ce risque mérite donc d'être soigneusement examiné avant d'être transféré au privé qui, en l'occurrence, ne jouit pas d'un avantage comparatif technique puisqu'il fait appel à des organismes de contrôle extérieurs. Parmi les établissements ayant déjà signé leur contrat de bail, le Centre hospitalier de Laval a choisi de ne pas transférer le risque de contrôle sur la légionellose.

Au cours des négociations de transfert des risques environnementaux, il convient donc de rechercher le meilleur couple risque sanitaire/loyer. Se projeter dans les moyens financiers que l'on souhaite allouer en 2012 à la politique qualité permet donc également d'interroger l'opportunité du transfert de ce type de risques.

## **1.2. Contractualiser et inciter à la performance**

La phase de dialogue compétitif et de mise au point du contrat sont des moments de concertation irremplaçables pour déterminer le niveau de performance et en prévoir les modalités pratiques de contrôle. Il nous faut au préalable examiner ce que recouvre le terme de « performance » dans un contrat de BEH.

### *1.2.1. Définir la performance, une nouvelle culture*

La performance n'est pas seulement un résultat.

Une des particularités des contrats globaux de partenariat est en effet de placer la qualité du service rendu aux usagers au cœur de la relation contractuelle. Cette prise en compte de la qualité repose principalement sur la signature de contrats de performance, traduits dans une « matrice des performances ».

Dans ce type de contrats, « la prestation attendue d'un partenaire privé est définie par un faisceau d'objectifs mesurables par des indicateurs techniques et prédéterminés, auxquels est associé un décompte de points affectant automatiquement la rémunération du cocontractant<sup>58</sup> ».

Ces critères de performance ne sont pas simplement la description du résultat attendu (par exemple, pour le service de nettoyage, que les sols soient propres) mais associent également une description détaillée des différents aspects du service attendu : méthodes,

---

<sup>58</sup> BOUGRAIN F., CARASSUS J., COLOMBARD-PROUT M. « *Partenariat public-privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ?* », Presses de l'Ecole Nationale des Ponts et Chaussées, novembre 2005, p. 17-18.

fréquence, comportement, tenue, etc... Le directeur du plateau technique<sup>59</sup> du CHU de Rennes, également en charge d'un BEH, souligne cette exigence dans la formulation de la performance. Lors de la mise au point de la matrice des performances, il ne s'agit pas seulement de décrire la performance technique attendue, mais d'opposer les éléments qui seront garants de la capacité du bâtiment à réaliser les activités prévues.

Si la performance n'est pas seulement un résultat, se pose alors la question des moyens et de l'interprétation de sa mesure. En effet, la mesure de la qualité du service est délicate, puisque les critères traditionnels utilisés pour apprécier les performances industrielles ne sont pas parfaitement transposables au contexte hospitalier. Ainsi, le concept de productivité dans les services n'est pas adapté puisque la richesse relationnelle et la serviabilité qui définissent le service, ne sont pas prises en compte. Dans l'univers des services, « l'efficacité est relationnelle et ne peut plus se mesurer par un volume rapporté à une unité de temps.<sup>60</sup> » En effet, pour mesurer le résultat de l'activité d'un service, on ne peut pas opposer les moyens mobilisés aux résultats obtenus. On ne négocie pas un contrat de maintenance en fonction du nombre d'heures passées par le prestataire mais en fonction de la baisse du nombre de pannes.

Prendre en compte ces différents aspects d'une activité de service permet au bailleur d'évaluer l'impact global du transfert d'activités sur l'organisation de l'hôpital. Dans l'acte de transfert, il ne se joue pas seulement une dévolution du résultat attendu, mais une modification systémique du fonctionnement de l'organisation. La perception de la qualité d'une opération de maintenance curative dépendra à terme autant de la rapidité d'intervention que de l'intégration réussie des équipes du consortium dans le fonctionnement propre de la Cité Sanitaire. L'acte de transfert induit en effet un acteur supplémentaire dans la chaîne de maîtrise de survenance des risques.

La notion d'efficience opérationnelle traduit l'impact systémique du transfert de risques qu'un responsable hospitalier se doit de considérer, afin de garantir le bon fonctionnement du service public hospitalier. Le respect des critères de performance n'est pas en soi un élément de satisfaction suffisant si par ailleurs des dysfonctionnements organisationnels sont observés et qu'une perte de valeur ajoutée est constatée pour l'ensemble du système de production des soins.

---

<sup>59</sup> Patrick Plassais, directeur du plateau technique au CHU de Rennes. Eléments recueillis lors d'une réunion de partage d'expériences entre le GCS Cité Sanitaire et le CHU de Rennes.

Une faiblesse de gestion du contrat de BEH dans sa phase d'exécution consisterait à considérer que le respect du contrat est parfaitement garant de la performance du système organisationnel dans son ensemble. Le respect des critères de performance doit être apprécié comme la garantie d'un transfert maîtrisé de gestion des risques, mais bien distingué d'une assurance qualité sur le fonctionnement optimal du service public hospitalier. Il y a donc un espace ouvert, non couvert par les clauses de performance, situé aux interfaces des relations public- privé, qui appelle une anticipation active des moyens de coordination.

Si le partenariat public- privé se fonde sur le partage de risques, il prend donc vie dans la définition et la mesure du service rendu à l'utilisateur. La mesure de la performance est ainsi le moyen de sceller une communauté d'intérêts entre partenaires. Nous avons souligné dans la première partie que si les intérêts du public et du privé étaient voués à se soutenir mutuellement, ils n'en restaient pas moins spécifiques. Opposer une performance permet donc de concilier deux finalités antagonistes, celle du partenaire privé cherchant à maximiser le rendement de son investissement financier, et celle de la personne publique adoptant une politique d'optimisation de l'exécution du service public.

Pour ce faire, il convient de contractualiser des indicateurs communs permettant de mesurer le niveau de performance atteint par l'emphytéote.

### *1.2.2. Choisir des indicateurs pertinents*

Un indicateur est une donnée objective décrivant une situation d'un point de vue quantitatif. Il mesure un écart par rapport à une situation définie comme satisfaisante. Quelques critères de choix doivent guider le bailleur, comme tout responsable de la qualité : l'indicateur doit reposer sur un fait, être en lien avec l'objectif poursuivi, simple et accessible, lié à une attente et facile à mesurer. Il devra également être suivi au sein de tableaux de bord, permettre la décision et donc être sensible aux actions d'amélioration<sup>61</sup>. Deux critères supplémentaires doivent être ajoutés afin de répondre aux spécificités du BEH : les indicateurs doivent être l'objet d'une interprétation commune et sensibles à l'activité mesurée. Ce sont les indicateurs qui en effet feront vivre le contrat.

---

<sup>60</sup> VELTZ P. *Le nouveau monde industriel*. Paris, Gallimard, 2000.

<sup>61</sup> ROUSSEL P. *Management de la qualité et des risques. Conduite d'un projet d'amélioration continue de la qualité*. Manuel d'enseignement, ENSP, 2005, pp. 36- 37.

❖ **Pour une interprétation commune de la performance**

On dénombre cinq types possibles d'indicateurs<sup>62</sup>, à la fois distincts et complémentaires :

<b>INDICATEURS</b>	<b>1.4 FINALITES</b>
Indicateur de structure	Moyens et ressources utilisées
Indicateur de processus	Activités au service d'un objectif
Indicateur de résultat	Atteinte de l'objectif fixé
Indicateur de satisfaction	Niveau de qualité perçue
Indicateur sentinelle	Déclenchement systématique d'une analyse des causes et d'une action corrective rapide

Conformément à la définition donnée ci-dessus de la notion de « performance » en BEH, le choix d'indicateurs de résultats, bien qu'indispensable, ne suffit pas pour mesurer la qualité du service rendu.

Les indicateurs de structure, utilisés seuls, ne constituent pas non plus des éléments d'appréciation globale mais ils informent utilement le bailleur sur l'« engagement sur moyens » des emphytéotes. Pour les performances dans le domaine de la maintenance, que le « GCS Cité Sanitaire » a décrites dès la rédaction du programme fonctionnel des besoins, le preneur doit s'engager sur des obligations de résultats mais aussi des obligations de moyens humains et matériels. En matière de ressources humaines, quatre critères sont établis, qui ne préjugent pas de critères ultérieurs à négocier durant la phase de dialogue compétitif :

- la mise en place d'une équipe de compétence affirmée,
- une astreinte technique,
- un délai maximum garanti d'intervention
- l'appel à des spécialistes extérieurs.

L'outillage, le stock de pièces détachées et les moyens de communication et de transport appartiennent quant à eux aux critères des ressources matérielles.

L'indicateur de structure est donc utile en interne dès la phase de différenciation des candidats puisqu'il permet d'identifier les offres qui font une surenchère de moyens.

---

<sup>62</sup> Idem

Le bailleur aura également intérêt à sa contractualisation afin d'adapter les moyens à la réalité de l'exécution du contrat.

Pour ce faire, il convient de prévoir dans le contrat de bail une phase préliminaire d'évaluation. C'est pendant cette période de rodage que l'on pourra évaluer la plus-value de la dimension des équipes, de l'astreinte et redimensionner les moyens en fonction des besoins constatés.

Conjointement à l'indicateur de structure, les indicateurs de processus permettront de mesurer le respect des séquences d'exécution des tâches et la conformité des actions engagées. Les indicateurs «sentinelle» doivent permettre de prévenir ou de mettre en œuvre des actions curatives le plus rapidement possible. Il conviendra ainsi, dans la phase de « principe partenarial détaillé » (PPD), en collaboration avec le Service d'Hygiène hospitalière et l'Ingénieur des Services Techniques, de définir le seuil d'alerte pour les risques environnementaux dont la criticité est la plus sévère. Un travail approfondi sur les indicateurs «sentinelle» mérite d'être engagé avec le consortium, car les risques environnementaux à incidence sanitaire grave doivent faire l'objet d'une approche hospitalière spécifique. Afin de prévenir des choix d'indicateurs non pertinents laissés à l'appréciation du consortium, il convient, en cas de transfert, d'exiger un droit de regard et une marge de négociation sur les indicateurs de mesure des risques sanitaires.

Enfin, des indicateurs de satisfaction des usagers doivent être contractualisés afin de garder une visibilité sur la qualité perçue en complément de la qualité attendue. Pour le bailleur, notamment en début d'exécution du contrat, les enquêtes de satisfaction seront le moyen d'évaluer l'impact du BEH sur le ressenti des équipes internes au GCS, techniques et cliniques, le degré d'acceptation du changement, l'effet de dynamisation ou de découragement face à de nouvelles pratiques de travail. C'est pourquoi il importe que les indicateurs soient sensibles aux évolutions.

#### ❖ **L'expérience britannique**

L'importance du choix d'indicateurs contractuels est confirmée par le retour d'expérience britannique. Dans le cas de l'hôpital d'Hereford, les autorités hospitalières locales ont mis en place certains indicateurs de mesure de la performance. Cependant, le flou concernant la définition de certains services attendus a laissé la place à des interprétations qui n'ont pas toujours permis d'obtenir un service de qualité.

Selon les autorités hospitalières, le prestataire en charge de la stérilisation n'est pas toujours capable de fournir des instruments propres en temps et en heure. De son côté, le prestataire considère que ce problème résulte du nombre insuffisant d'instruments initialement achetés par l'administration hospitalière.

Le projet PFI du Ministère des Finances britannique a fait à l'inverse le choix d'indicateurs très détaillés, reflétant un niveau d'exigence très poussé. Avant la mise en fonctionnement du bâtiment, quatre-vingt indicateurs ont été définis, de manière à contrôler et sanctionner les sociétés de *facilities management*.

Un système de contrôle aussi strict était relativement exceptionnel. Les quatre-vingt indicateurs choisis étaient regroupés sous onze chapitres relatifs à la gestion physique du bâtiment.

Le tableau ci-après fournit un exemple d'indicateur mis œuvre dans le projet du Ministère des Finances britannique :

<b>INDICATEUR DE PERFORMANCE 21</b>		
<b>Ascenseurs opérationnels à tout moment (avril 2003)</b>		
<b>Nature du problème</b>	<b>Solution apportée</b>	<b>Mode de calcul de la pénalité</b>
Petit monte- charge est en panne	2h 30 après l'appel le monte-charge fonctionnait	Allocation annuelle utilisée. Dépassement de temps de 250 minutes.  Selon le contrat cela correspond à un point et à une pénalité de 1071, 7 euros.
L'ascenseur PG3 est en panne	19h 36minutes d'intervention	
Monte- charge est en panne	Le prestataire passe 12 heures sur le site	
Problème avec le monte-charge	Le problème, lié à des interférences lors de la fermeture de la porte, a été réglé et les freins testés.	

Source : HM Treasury, « Liste des incidents répertoriés en avril 2003 »

Trois ans après l'emménagement, la question se posait de l'adaptation d'indicateurs conçus avant la livraison du bâtiment aux besoins réels des utilisateurs.

Au Centre hospitalier de Laval, le contrat de BEH a pour objet la maison de retraite hospitalière. Il prévoit douze types d'indicateurs de suivi de la performance et les modalités contractuelles suivantes :

« Sous réserve de la conception, du dimensionnement et de la réalisation conformes aux besoins, et sous réserve également d'une utilisation conforme aux spécifications, le Preneur se doit de respecter les indicateurs de suivis et de performances suivants »:

- délai de prise en compte des demandes,
- délai d'intervention prévu pour dépannage ou pour réparation (technicien sur site ou d'astreinte),
- délai de remise en fonctionnement provisoire,
- délai de remise en fonctionnement définitif,
- exécution de prestations de base (absence ou réalisation partielle),
- exécution dans le reporting (négligence ou retard),
- température en chambre d'hébergement,
- température des autres locaux,
- température de la boucle d'eau chaude sanitaire (E.C.S.),
- nombre et taux de panne par typologie d'équipements,
- taux de « correctif/préventif »,
- délai d'exécution des interventions préventives planifiées. »

Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé a cherché à capitaliser progressivement l'expérience accumulée projet après projet. Ceci s'est traduit par la rédaction d'un ensemble de procédures standardisées et de guides destinés à sensibiliser les responsables hospitaliers aux risques des partenariats menés sur le long terme. Cette standardisation des procédures concerne, par exemple, les indicateurs de niveau de service. Désormais, les spécifications relatives au niveau de service attendu, aux temps d'attente maximaux tolérés, aux modes de contrôle font l'objet d'une description très précise. Un guide de bonnes pratiques en matière d'indicateurs pourrait être nourri des expériences successives des BEH en France et apporter une aide précieuse aux bailleurs qui, selon leurs ressources internes et externes, sont inégalement en mesure d'affronter ce choix.

### *1.2.3. Contractualiser des pénalités financières : entre sanction et incitation*

Le choix d'indicateurs sensibles s'avère d'autant plus stratégique qu'il détermine la capacité du bailleur à mettre en œuvre un système de pénalités financières. Pour ce faire, le bailleur a tout intérêt à se projeter dans le fonctionnement du contrat, tel qu'il devra concrètement être géré après la livraison de l'ouvrage.

#### ❖ **L'esprit d'un mécanisme de pénalisation**

Les pénalités financières traduisent un principe important, développé dans la théorie micro-économique de l'agence. Lorsque les dépenses sont contractualisées, il est plus simple de sanctionner son partenaire en cas de défaillance que des équipes en interne. La soumission à un système d'incitations est perçue comme plus stimulante.

Les pénalités financières ne doivent donc pas être pensées comme une occasion de faire des économies. Elles seront appliquées davantage en vue d'améliorer le service rendu que pour sanctionner le prestataire.

Lors de la seconde mission d'étude de la MAINH au Royaume-Uni, les responsables d'établissements hospitaliers construits en PFI ont été interrogés sur les moyens financiers dont dispose la personne publique pour inciter à la performance.

Les mécanismes de pénalisation ont été cités comme un point faible des premiers contrats.

Les responsables de l'hôpital d'Hereford estiment qu'un système pénalisant ne garantit pas la qualité du service. S'ils devaient de nouveau établir un contrat, ils prévoiraient de verser une prime pour économies réalisées aux sociétés qui assurent la gestion des fluides.

Dans le cas du montage PFI du Ministère des Finances britannique, le système de pénalités instauré ampute une partie des revenus des sociétés de service (les « facilities management »). Selon la logique de leur matrice des risques interne, une partie de ces risques est reportée sur les sous-traitants qui délivrent le service. Par exemple, l'ascensoriste qui n'a pas répondu à ses obligations contractuelles deux mois consécutifs et a déjà été pénalisé financièrement, risque de payer des pénalités plus lourdes en cas de défaillance lors du troisième mois (clause d'incapacité persistante à délivrer la qualité du service). Cependant, les sous-traitants ne voulaient pas être totalement responsables. Par conséquent, au-delà d'un seuil, la défaillance relative à la délivrance du service est assumée directement par les sociétés de *facilities management* qui devront alors supporter les pénalités encourues.

#### ❖ **Le calcul des pénalités financières : une question de formule**

Deux catégories principales de pénalités sont distinguées, selon que l'on opte pour une solution forfaitaire ou pro-ratisée. La seconde offre l'avantage de la précision et l'inconvénient de la complexité ; la première, plus simple à gérer, est majoritairement retenue dans les BEH français. La base forfaitaire est jugée d'ailleurs plus incitative car les pénalités ne sont pas calculées sur une évaluation quantitative mais sur l'inscription des dysfonctionnements dans une fourchette de pénalités. Ainsi, si le preneur de bail souhaite éviter la sanction, il sera incité à réduire les incidents à un niveau proche de zéro car au moindre dysfonctionnement, le forfait peut être déclenché.

Le principe forfaitaire a été retenu dans le cadre du BEH « Cité Sanitaire Nazairienne » (journée ou demi-journée). Lors des réunions du groupe thématique « Finances », le mode de raisonnement mis en œuvre pour le calcul des pénalités financières a pu être observé.

Un des premiers enseignements est qu'il n'existe pas de formule standardisée reproductible d'un projet à l'autre. Comme pour le transfert de risques, l'optimum doit être étudié en fonction des caractéristiques du projet. Ainsi, le GCS établira une formule différente de celle arrêtée par un établissement recourant au BEH pour la construction d'unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie. Ces activités sont financées par dotation annuelle de financement (DAF) et non à l'activité comme les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les projections financières différeront donc complètement.

Le calcul des pénalités se base en effet sur la perte prévisionnelle de financement dû aux défaillances du consortium. Ces défaillances renvoient soit à la performance attendue soit à l'indisponibilité totale ou partielle des locaux. Deux critères d'appréciation de la performance sont donc nécessairement établis :

- Le nombre maximal garanti de défaillances totales ou partielles/an.
- La disponibilité garantie en %. Un local est considéré comme indisponible dès lors qu'il est rendu impropre à sa destination du fait d'une immobilisation imputable à une opération de maintenance (à l'exception du gros entretien renouvellement), à une défaillance du preneur, ou un local qui ne respecte pas les conditions d'origine suivantes : conditions d'usage et de confort, garantie de température, de renouvellement d'air, d'hygrométrie, de fourniture d'eau, de fonctionnement technique (courant fort, courant faible, éclairage, fluides médicaux)<sup>63</sup>.

Un local comme une chambre d'hospitalisation peut donc être l'objet d'une double pénalité : à l'absence de maintenance curative dans les temps impartis s'ajoute une pénalité pour indisponibilité. La même logique est appliquée pour les équipements techniques, dont la mise en arrêt provoque l'indisponibilité.

Le BEH commande donc de définir la criticité des locaux (et des équipements) et le temps d'indisponibilité toléré pour chacun d'entre eux. En phase de principe partenarial organisationnel (PPO), une liste des locaux et leur criticité a été fournie aux trois consortia candidats. Pour ajuster au mieux son engagement sur performance et gérer les priorités, le preneur peut en effet tenir compte du zonage de criticité établi par le GCS. Les locaux y sont répartis de la façon suivante :

<b>ZONE CRITIQUE</b>	<b>ZONE SENSIBLE</b>	<b>ZONE COURANTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hall principal</li> <li>• Bloc opératoire</li> <li>• Secteur de naissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circulations verticales</li> <li>• Secteurs d'hospitalisation non cités dans la catégorie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circulations horizontales</li> <li>• Réserves</li> <li>• Parkings</li> </ul>

<sup>63</sup> Définition extraite du programme fonctionnel des besoins du BEH « GCS Cité Sanitaire Nazairienne ».

<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAU</li> <li>• Réanimation</li> <li>• USI Cardiologie</li> <li>• Secteurs d'imagerie diagnostique</li> <li>• Imagerie interventionnelle</li> <li>• Radiothérapie</li> </ul>	<p>précédente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations</li> <li>• Examens et explorations fonctionnelles</li> <li>• Secteur tertiaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous locaux non cités dans les catégories précédentes (à l'exception des locaux techniques)</li> </ul>
--	--	---

*Extrait du programme fonctionnel des besoins du BEH « GCS Cité Sanitaire »*

Par exemple, pour un local comme le bloc opératoire, le temps de résolution imparti est égal ou inférieur à une demi-heure.

En principe partenarial organisationnel (PPO), seule la philosophie globale du mécanisme de pénalités est fournie aux consortia candidats. La suite du dialogue compétitif permettra de préciser de façon contradictoire les termes exacts de la pénalisation afin de donner une vision juste du risque assumé. On demeure en effet dans un système d'enveloppe fermée où un risque fort d'amputation des revenus est compensé par une prime de risque élevée, répercutée sur le loyer. Un des enjeux du groupe « Finances » du GCS est la fixation de la fraction du loyer concernée par l'imputation des pénalités, l'autre fraction étant sanctuarisée. Moins cette dernière est importante, plus le risque assumé par le consortium grandit. Les assistants financiers estiment cette part prévisionnelle de loyer sanctuarisé autour de 80%. Ce point devant faire l'objet de négociations, il est demandé aux consortia d'établir des scénarii de sensibilité en prenant diverses hypothèses de loyer sanctuarisé: de 65% à 75%.

Le contenu de la politique qualité en BEH se négocie largement en amont du contrat. Reste pour le GCS Cité Sanitaire à prévoir les modifications induites par la présence d'un tiers contractuel dans le pilotage institutionnel de sa démarche qualité.

## **2. De l'architecture de la politique qualité à la gouvernance qualité de la Cité Sanitaire**

### **2.1 Un dispositif institutionnel de contrôle de l'emphytéote**

#### *2.1.1. Le choix d'un comité paritaire opérationnel*

Les contrôles du bailleur définissent le contenu de la qualité contractualisée avec le preneur. Sans une traduction institutionnelle, les dispositifs mis en place seraient vulnérables. C'est pourquoi il convient de réfléchir à l'institution d'un comité où les parties prenantes au bail pourraient discuter de l'exécution et du suivi du contrat.

Les contrats de délégation de service public ont expérimenté des comités paritaires de suivi qui ont fait leur preuve en permettant des points d'étape réguliers.

Dans le cadre du GCS Cité Sanitaire, ce comité apparaît indispensable tant les acteurs sont nombreux dans ce dossier. Un lieu physique de coordination pourrait d'ailleurs être expressément prévu à cet effet afin de faciliter l'assimilation de ce partenariat dans la vie quotidienne de l'établissement. Afin de fonder un réel partenariat, basé sur l'échange et non la sanction, une lecture contradictoire des rapports relatifs aux défaillances doit pouvoir avoir lieu. Ce peut être également l'occasion d'échanger sur les pratiques et les perceptions mutuelles de l'investissement de chacun.

### *2.1.2. L'impact sur le positionnement de la direction de la qualité*

De même que la Société de projet qui sera retenue ne sera représentée que par un seul mandataire, il apparaît souhaitable de limiter les interlocuteurs directs de la personne privée. L'administrateur du GCS et le contrôleur de maintenance sont bien positionnés pour cela. Dans cette perspective, la direction de la qualité du GCS, dont il faut souhaiter l'unicité, assumerait un rôle d'expertise et de conseil auprès des personnes chargées du pilotage rapproché du BEH. Ainsi, l'avis de la direction qualité doit être recherché pour l'actualisation des indicateurs, l'opportunité d'audits inopinés, l'évaluation des rapports qualité remis par le preneur.

La direction de la qualité aura également un rôle majeur à jouer en interne. Il lui reviendra de permettre aux personnels de s'approprier les nouveaux modes de fonctionnement et d'en évaluer l'impact. Par une analyse des modes de défaillance et des effets critiques (AMDEC), il lui sera possible d'objectiver d'éventuels retards de coordination ou des pertes de plus-values organisationnelles.

## **2.2 Une exigence visible de technovigilance et de coordination globale des vigilances**

### *2.2.1. BEH et technovigilance : l'actualité d'une exigence ancienne*

Le terme de « technovigilance » désigne la vigilance exercée sur les risques techniques. Elle est parfois distinguée des vigilances environnementales. Pour la clarté du propos, nous entendrons par cette expression à la fois les risques techniques et environnementaux.

Non formalisée au niveau national et ne relevant pas d'un cadre réglementaire, la technovigilance ne bénéficie pas au sein de l'hôpital des mêmes dispositifs de surveillance et de reconnaissance que les vigilances sanitaires (comme l'infectiovigilance, l'hémovigilance ou encore la pharmacovigilance).

Elle constitue néanmoins une action de prévention majeure, s'inscrivant dans une logique de continuum du risque. « *Beaucoup d'événements indésirables sont en effet causés par des erreurs, un manque de préparation et des oublis survenus lors des études, des choix des prestations, de la réalisation et des réceptions* », indique Alexandre Toesca, président de l'association des ingénieurs hospitaliers de France<sup>64</sup>. Les conséquences de ces négligences sont multiples : des nuisances qui indisposent les patients (dysfonctionnements des installations, bruit, insécurité...) et qui détériorent les conditions de travail du personnel ; des menaces également plus graves sur la sécurité des personnes et des biens (pollutions chimiques de l'air, incendie, contaminations bactériennes...).

### *2.2.1. La technovigilance en acte*

Au vu de l'enjeu que représentent les risques techniques pour la continuité de service, la sûreté de fonctionnement et la pérennité des installations, les ingénieurs hospitaliers plébiscitent depuis longtemps une formalisation réglementaire de cette vigilance. Or aujourd'hui si l'exigence est constante, les moyens et les impulsions en la matière ne sont pas significatifs. Il n'existe pas de veille nationale organisée pour recenser et analyser les risques techniques survenant en établissement de santé. Nous manquons donc aujourd'hui de visibilité sur leur occurrence et leur criticité.

Or l'observation continue des événements indésirables, tant au niveau national qu'à l'échelle de l'établissement, devrait permettre de prendre des mesures correctrices en cours d'exploitation et d'élaborer des recommandations. Des motifs d'ordre budgétaire expliquent ce retard. Mais on perçoit également un obstacle culturel à envisager les coulisses du soin comme un niveau pertinent de prévention des risques sanitaires. Alexandre Toesca le souligne : « *Pour assurer ces missions, il faut disposer de moyens humains et financiers suffisants. Il est également nécessaire de faire évoluer l'organisation car le cloisonnement actuel des services est un facteur aggravant du risque* <sup>65</sup> ».

Le recours à un bail emphytéotique hospitalier ne modifie pas en soi l'exigence de technovigilance, mais il la rend plus visible.

C'est parce qu'un travail de formalisation des modes de contrôle est le point de passage obligé d'un BEH que la technovigilance connaît une actualité nouvelle.

---

<sup>64</sup> TOESCA A. Prévenir les risques techniques en établissement de santé : l'exigence absolue , *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, n° 76, Editions Tissot, septembre 2004.

<sup>65</sup> Voir supra

Ainsi, afin d'informer le bailleur de la bonne exécution de leurs activités, on constate que les consortia proposent de produire un bilan de gestion. Sous forme de rapport à périodicité régulière, ce bilan peut rendre compte d'informations statistiques sur le taux de production de pannes, leur durée, le degré de criticité et les mesures correctrices apportées.

Au Centre hospitalier de Laval, le contrat de bail prévoit que « le preneur produira tous les trimestres un compte-rendu, permettant au Centre hospitalier de Laval de vérifier que la maintenance correspond aux exigences du Programme Fonctionnel ». En outre, il stipule que « le Centre Hospitalier de Laval pourra, à tout moment, réaliser ou faire réaliser tout contrôle sur place et sur pièces des actions de maintenance effectuées par le Preneur, en respectant les modalités suivantes :

- prévenir le Preneur et convenir avec lui d'une date et des modalités de rendez-vous, dont le délai maximum est de 72 heures ouvrées, en précisant l'objet du contrôle ainsi que les équipements et les documents devant être examinés,
- respecter la confidentialité vis à vis de tiers autres que le Centre Hospitalier de Laval sur les données recueillies et les méthodes – outils mis en œuvre par le Preneur,
- les contrôles doivent se faire en présence d'un représentant du Preneur, sous réserve du respect des délais précédemment désignés,
- le Centre Hospitalier de Laval notifiera au Preneur les remarques faites au cours de la visite contradictoire. »

Les risques que le bailleur choisit de transférer au consortium deviennent donc l'objet d'une surveillance explicitement organisée.

En phase de PPO, les consortia admis à concourir pour le BEH de la Cité Sanitaire ont fait également des propositions dans ce sens. Sans entrer dans un niveau de détail qui nous est interdit par le respect du secret commercial, on observe que les réponses au défi d'une technovigilance confortent les solutions envisagées par les ingénieurs hospitaliers. Dans un article consacré à « l'exigence absolue » de prévention des risques techniques, A. Toesca imaginait « un centre équivalent à une salle de régulation de centre 15<sup>66</sup> ». Il y explique que toutes les déclarations d'événements perturbateurs seraient adressés à ce centre, qui reposerait sur un réseau d'utilisateurs vigilants chargés de déclarer les événements indésirables et de transmettre toutes les demandes de réparation en temps opportun.

---

<sup>66</sup> Alexandre Toesca. Prévenir les risques techniques en établissement de santé : l'exigence absolue, *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, n° 76, Editions Tissot, septembre 2004.

Des actions d'amélioration seraient également proposées par ce centre. Pour la réussite de ce dispositif de vigilance, les professionnels seraient assistés par des systèmes informatisés de recensement et de classement afin de faciliter leurs analyses et leurs transmissions.

De fait, les premières expériences de BEH en France (le Centre hospitalier de Laval par exemple), comme les hôpitaux britanniques construits sous PFI, exploitent cette solution de centre d'appel centralisé auprès duquel les personnels doivent déclarer les incidents rencontrés. C'est l'unique moyen d'inciter le preneur à une amélioration du service rendu en objectivant le nombre, la date et la durée des dysfonctionnements.

Pour les établissements ayant signé un BEH, on peut gager que la technovigilance deviendra, sinon une réalité, du moins une préoccupation. Un effet d'entraînement devrait en effet jouer sous l'effet d'une nécessaire intégration des vigilances entre le preneur et le bailleur. Il serait incohérent d'assurer une vigilance pour les risques transférés et de maintenir un autre dispositif de surveillance pour les risques conservés par l'établissement. Un effet de convergence devrait donc être observé.

### *2.2.2. Opportunité d'une réflexion globale sur la coordination des vigilances*

Une seconde exigence mise à jour par le contrat de BEH est la coordination globale des vigilances. Celles-ci sont en effet souvent encadrées par des dispositifs cloisonnés qui isolent les acteurs dans leur périmètre d'intervention. Il est pourtant utile de faire en sorte que les dispositifs communiquent entre eux : ainsi, les données de l'identitovigilance peuvent avec profit être recoupées avec celles de l'hématovigilance et de la pharmacovigilance. De même, le BEH plaide pour une coordination de l'infectiovigilance et de la technovigilance.

La plus-value d'une coordination globale réside dans la pluralité des compétences et des points de vue, et ce au service d'un objectif majeur: la sécurité sanitaire des usagers. Comme le souligne le Président de l'association des ingénieurs hospitaliers de France, la « mixité de compétences facilite l'évaluation des risques et la définition de solutions adaptées au degré de criticité et de répétitivité des situations.<sup>67</sup> »

Si le BEH sert de révélateur à cette exigence, c'est que le contrat prévoit la répartition des risques et des responsabilités entre le privé et le public. Or ce partage théorique se heurte à la réalité de la gestion des risques. L'interdépendance des risques sanitaires et techniques devient alors manifeste et se matérialise dans les contrôles opposés au consortium.

---

<sup>67</sup> TOESCA A. Prévenir les risques techniques en établissement de santé : l'exigence absolue , *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, n° 76, Editions Tissot, septembre 2004.

C'est donc en permettant à un tiers de prendre part à la gestion d'une fraction des risques hospitaliers que l'ensemble de la chaîne de survenance des risques devient plus visible pour chacun.

Là encore, cet appel à la transformation des pratiques intervient dans un contexte institutionnel favorable. La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, introduite par l'Ordonnance du 02 mai 2005, pose elle aussi l'exigence d'un pilotage global des vigilances et le place sous l'égide de la commission médicale d'établissement (CME). Le II de l'article L.6144-1 prévoit que « la CME comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. » L'objectif est de regrouper les attributions des instances actuelles (CLIN<sup>68</sup>, CSTH<sup>69</sup>, comité de biovigilance, etc...) sur un nombre réduit de sous-commissions, voire sur une seule « afin de favoriser l'efficacité des politiques concernées ». Le décret n° 2006- 550 du 15 juin 2006 vient dans ce sens définir les modalités d'exercice des compétences de la ou des sous-commissions spécialisées. Il les substitue aux anciennes commissions ad hoc définies par décret : CSTH, COMEDIMS<sup>70</sup> et CLIN.

Cette exigence réglementaire peut être saisie par les bailleurs pour organiser une instance pluri- professionnelle chargée du pilotage et de la coordination globale des vigilances. Le médecin responsable de l'hygiène hospitalière représente alors l'interface entre les risques sanitaires et les risques techniques et environnementaux. De par sa fonction d'expert exercée auprès des personnes responsables du suivi du BEH, il fait le lien. La sous-commission spécialisée de la CME peut également solliciter l'avis d'autres professionnels. Si un risque est perçu comme majeur du fait d'une évolution de la réglementation ou d'un contexte local particulier, une sous-commission restreinte peut en assurer la gestion.

Ainsi, à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, bien avant ce décret, un « comité environnemental »<sup>71</sup> avait été institué afin de piloter de près la gestion des risques liés à l'air<sup>72</sup>.

---

<sup>68</sup> CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

<sup>69</sup> CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

<sup>70</sup> COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

<sup>71</sup> Présidé par le professeur Guy Meyer, pneumologue, le comité de l'environnement est chargé de la surveillance continue de la qualité de l'air. Les résultats de prélèvements effectués régulièrement, les incidents et les remarques des patients (température, bruit...) y sont étudiés.

<sup>72</sup> Décision Santé, « Les contraintes de la climatisation », juin- juillet 2006, p. 32-33.

Si ce décret constitue une opportunité organisationnelle pour les hospitaliers en général et les bailleurs en particulier, il pose une réelle difficulté pour le «GCS Cité Sanitaire ». Il prévoit par exemple l'obligation de la constitution d'un CLIN au sein d'un GCS. Mais ce sont bien deux CME distinctes qui coexisteront au sein du GCS Cité Sanitaire, dans le respect des identités de chacun. Dès lors, le pilotage global des risques et vigilances ne sera possible qu'au prix d'une clarification juridique des missions et de la composition des instances d'un GCS. Pour autoriser de la souplesse de fonctionnement, il conviendrait de prévoir des commissions de vigilances paritaires (CH et Mutuelle Atlantique) dont les missions seraient définies dans un souci d'efficacité. Sans cela, il existe peu de chances pour que le pilotage des risques transférés au consortium ait sa place dans le dispositif institutionnel.

### **2.3. L'impact en terme de ressources humaines**

#### *2.3.1. Un impact quantitatif sur les effectifs*

Cet impact sur les effectifs du bailleur constitue un risque social majeur qu'il convient d'anticiper et de ne pas sous-évaluer. Bien en amont de la signature du contrat, l'équipe de direction hospitalière aura intérêt à communiquer sur la finalité d'un BEH, l'esprit du partage des risques et les conséquences réelles sur les effectifs des services concernés. Les équipes doivent être préparées à changer de poste selon la nature des activités conservées. Au Centre de soins de Besançon, les personnels se sont recentrés sur les risques techniques les moins complexes. Une communication précoce doit permettre de connaître les souhaits d'évolution des équipes et d'aborder les négociations avec le consortium en ayant une bonne visibilité de ce qui sera possible ou impossible d'envisager avec lui.

En effet, il est tout à fait possible qu'une partie des personnels soit transférée au consortium. Les négociations doivent alors en arrêter les conditions.

Le Centre hospitalier de Saint-Nazaire a informé les organisations syndicales ainsi que les nouveaux arrivants de ces changements à venir. Dans le même temps, elle a amorcé l'évaluation de l'impact sur effectifs. Ce travail est nécessaire pour projeter le coût du loyer d'exploitation- maintenance qui en partie est déterminé sur la base des coûts constatés aujourd'hui. L'évaluation a été faite à partir d'une hypothèse maximaliste, où l'on considère que l'ensemble des activités sont transférées au consortium. On se réfèrera à l'annexe n°3 de ce mémoire pour connaître la liste des activités qui doivent encore faire l'objet de

négociations au cours des phases PPS<sup>73</sup> et PPD<sup>74</sup>. Trois catégories de personnels sont potentiellement concernées par ce transfert de risques, sachant qu'aucun partage des risques n'a été arrêté, en particulier sur les équipements biomédicaux:

Services techniques	48,5 ETP
Personnel administratif	4 ETP
Personnel biomédical	7 ETP
TOTAL	59,5 ETP

Il convient de retrancher à hauteur de 25% des effectifs les personnels qui resteront affectés au site d'Heinlex<sup>75</sup>. Les services de psychiatrie et de long séjour, extérieurs à la Cité Sanitaire, y seront maintenus. Parmi les équipes concernées par le transfert de risques, on prévoit que 4,9 ETP partiront à la retraite<sup>76</sup>. Le reste des effectifs devra être reclassé en 2012.

En février 2005, lors de la réunion préparatoire à la matrice prévisionnelle des risques, un tableau récapitulatif des activités transférables au consortium était distribué aux participants. En regard de ces activités, les dépenses de personnel (groupe 1), les effectifs associés (exprimés en ETP) ainsi que les dépenses hôtelières et générales (groupes 3) étaient inscrites. Ces données ont été reprises dans le tableau ci-dessous<sup>77</sup>. Nous avons ajouté un espace dédié à la comparaison avec les moyens humains et matériels (« engagements sur moyens ») proposés par les consortia dès le principe partenarial organisationnel (PPO).

L'objectif est de pouvoir disposer d'un outil discriminant les offres surévaluées et de disposer d'un éclairage supplémentaire pour décider de l'opportunité d'un transfert d'activités. Toutefois, cet exercice de comparaison doit faire l'objet d'une restriction en terme de méthodologie.

Le tableau ne doit pas être seulement lu ligne par ligne mais dans sa globalité. En effet, il existe un effet de mutualisation des compétences au Centre hospitalier que l'on ne retrouve pas au sein d'une société de service ou de maintenance d'un consortium.

---

<sup>73</sup> PPS : Principe Partenarial Sommaire (débuté en septembre 2006 pour le GCS Cité Sanitaire)

<sup>74</sup> PPD : Principe Partenarial Détaillé

<sup>75</sup> Le Centre hospitalier de Saint-Nazaire est constitué d'un site principal, le Moulin du Pé, et d'un site extérieur, dénommé Heinlex, où sont actuellement regroupés les services de médecine gériatrique, les unités de vie, les maisons de retraite, les trois services de psychiatrie ainsi que la blanchisserie.

<sup>76</sup> CNEH, «Les conséquences économiques du regroupement sur un seul site des cliniques nazairiennes de Mutuelle Atlantique et des activités sanitaires du Centre hospitalier », février 2006.

Ainsi, actuellement, l'équipe chargée du service de sécurité incendie est également capable, en cas de besoin, de travailler sur la maintenance des installations électriques.

Il est donc possible d'anticiper une autre externalité secondaire du transfert de risques : la perte de savoir-faire organisationnels et humains. L'hôpital, comme toute entreprise, est le creuset de compétences, dont la pratique régulière garantit le niveau d'adaptation.

Dans la perspective d'un transfert de risques, on peut penser que la compétence interne se spécialisera, sous l'effet de la spécialisation elle-même acquise des équipes du consortium.

#### *2.4.2 Un impact qualitatif sur les profils de poste*

Une évolution des profils de poste doit également être envisagée afin de répondre à l'impact organisationnel d'un partage des risques. Le changement de positionnement de la personne publique est repérable à deux niveaux : dans le contrôle de l'exécution du service public, dans le pilotage d'une gestion des risques au périmètre particulier.

Depuis le lancement des projets britanniques construits en PFI, l'ensemble des retours d'expérience plaident pour la désignation, dès le lancement d'un projet, d'une personne qui assurera le contrôle de la maintenance après livraison de l'ouvrage. Cet élément de stabilité compte pour un accompagnement du dialogue compétitif et une bonne connaissance du projet retenu pendant et après les travaux. Au Centre hospitalier de Saint-Nazaire, l'Ingénieur des Services Techniques, outre sa participation aux groupes thématiques, exerce une fonction essentielle dans le pilotage du dossier. Il dispose d'un triple point de vue : économique quand il s'agit de comparer les offres, stratégique dans la négociation du transfert, technique lors de l'évaluation des solutions innovantes.

Ce suivi rapproché du projet plaide pour une évolution de ses fonctions en cohérence avec les exigences du BEH en phase d'exécution du contrat. De par son expertise, il est le plus à même de contrôler l'activité de maintenance et d'exploitation exercée par le futur emphytéote et de gérer conjointement, dans un souci de globalité, les activités maintenues en interne. Le profil de poste « contrôleur de maintenance » est incontournable dans un BEH visant à la construction d'un nouvel hôpital. Son existence conditionne le contrôle effectif de la bonne exécution du service public hospitalier. Les clauses de rendez-vous, où les besoins réels peuvent être rapportés aux besoins contractuellement estimés, requièrent ce type de fonction.

---

<sup>77</sup> Ce tableau figure en annexe.

Actuellement, l'Ingénieur des Services Techniques est membre du Comité de gestion des événements indésirables, animé par la gestionnaire des risques de l'établissement, et sous impulsion de la direction de la qualité Il y rapporte les dysfonctionnements constatés et participe à la rédaction de procédures. Cependant, il regrette de ne pouvoir exercer de technovigilance formalisée, faute de textes réglementaires.

Les protocoles rédigés visent souvent à prévenir des incidents qui ne sont pas voués à se répéter de par leur configuration bien particulière.

Comme nous l'évoquions plus haut, lors de l'exécution du contrat de BEH, les risques transférés feront l'objet d'une surveillance explicite. La fonction de gestionnaire des risques techniques prendra alors de l'importance. L'Ingénieur des Services Techniques assume implicitement cette fonction dans le cadre de sa participation au Comité de gestion des événements indésirables. L'évolution de son rôle dans la Cité Sanitaire de son rôle peut se lire suivant deux scénarii : un profil de poste centré sur le contrôle de la maintenance, permettant une spécialisation de fait dans la gestion des risques techniques ; ou, de par une importante charge de travail (certaines activités seront maintenues en interne du fait de l'existence du site d'Heinlex), un report de cette spécialisation sur le profil de poste « gestionnaire des risques ». Pour ce second scénario, il conviendrait alors de distinguer entre la capacité technique de gestion et la capacité de recueil et de pilotage global des risques (cliniques et techniques). En effet, il ne s'agit pas de demander à un gestionnaire des risques d'assumer la fonction d'un bureau d'études techniques.

## **C. Trois propositions d'outils d'aide à l'anticipation.**

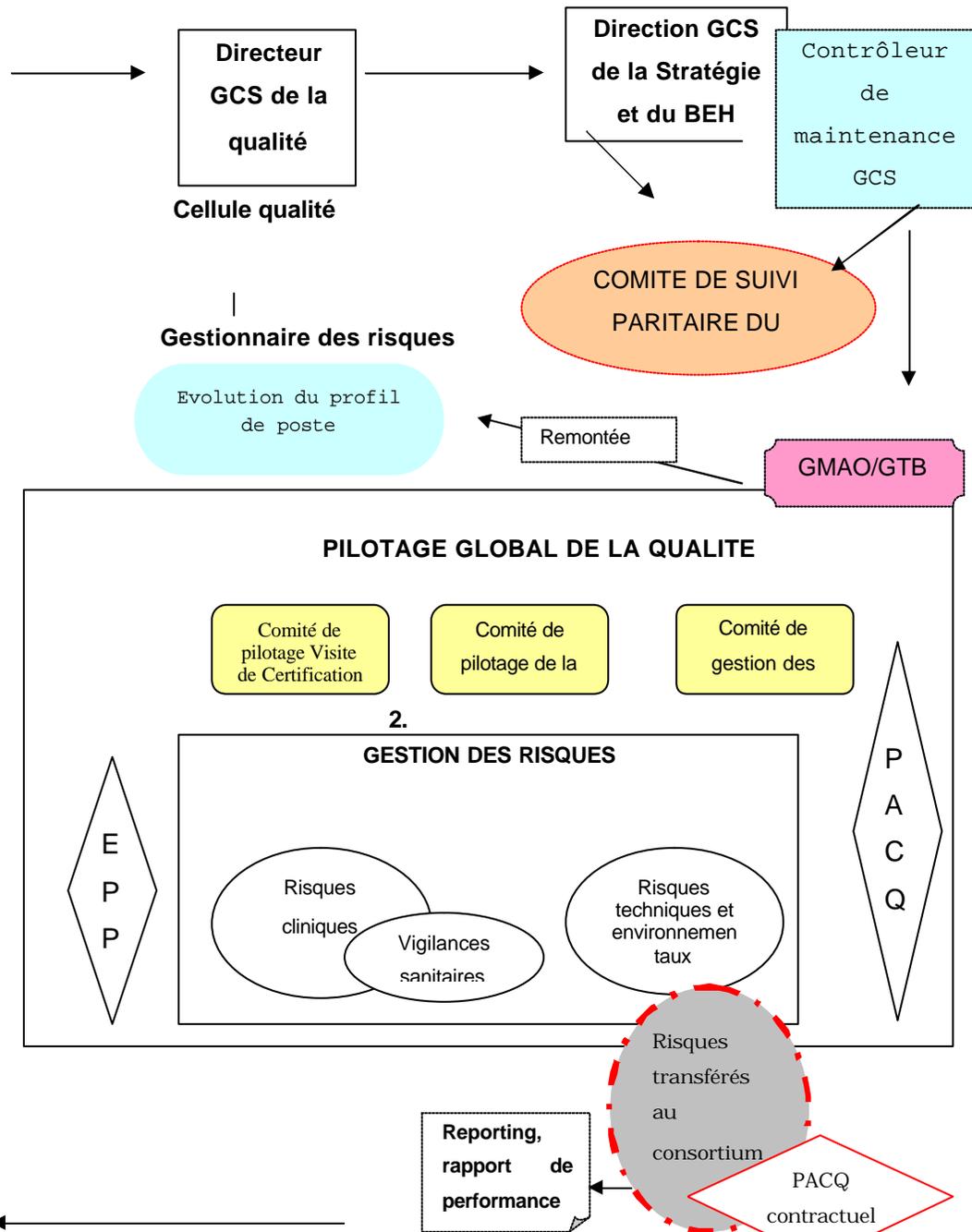
Au terme de cet exercice de projection dans la politique qualité de la Cité sanitaire, différents points critiques du partenariat ont pu être identifiés. Ils font appel tant à la vigilance des bailleurs pendant les négociations qu'à leur inventivité pour permettre à leurs organisations d'évoluer. Nous nous proposons d'en restituer la synthèse au travers d'un schéma récapitulatif.

### **1. Feuille de route pour aborder les négociations selon les différentes phases de PPO, PPS et PPD.**

Cette « feuille de route » doit permettre aux bailleurs de bénéficier d'une plus grande visibilité sur les enjeux quotidiens du partenariat.

Tout en étudiant la forme et le contenu qu'il faudra donner demain à une politique qualité, ils pourront mettre en œuvre une réflexion plus globale sur les changements organisationnels induits par la présence de ce tiers.

Aux différents niveaux de ce schéma synoptique correspondent des points d'étape du dialogue compétitif. Non exhaustifs, ils doivent cependant permettre de piloter cette négociation dans un objectif d'assurance de fonctionnement post-contractuel.



PPO	PPS	PPD	CONTRAT DE BAIL
		Modes de communication de l'information (choix de logiciels, nature et fréquence des bilans)	Périodicité, lieu et finalités du comité paritaire de suivi
		Un seul système de GMAO/GTB au sein du GCS	Clauses contractuelles de RDV
Partage des risques	Evaluation des solutions innovantes de suivi de contrat	Stabilisation du partage des risques et négociation des clauses contractuelles	Matrice des performances ; indicateurs ; pénalités financières.
	Partage des risques		Révision prévue des indicateurs et pénalités
	Mode de calcul des pénalités		

### 3. Anticiper la nécessité d'une coopération autour du calendrier « qualité » : susciter des solutions innovantes.

En 2013, le Centre hospitalier de Saint-Nazaire connaîtra sa quatrième procédure de certification (V4) et accueillera les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans les locaux du GCS «Cité Sanitaire ». Il devra apporter la preuve que le partage d'activités avec la « Mutuelle Atlantique » et le choix d'un BEH ne compromettent en rien la certification de l'établissement. Lors des réunions d'auto-évaluation, au moment où le chapitre 2 « Ressources transversales » du manuel de certification sera abordé, un bilan du fonctionnement de l'hôpital en BEH devra être dressé. Trois parties référencées ci-dessous intéresseront en effet directement l'impact organisationnel du BEH, sans préjuger d'une exigence accrue dans les critères d'appréciation<sup>78</sup>. Le détail des références est donné ci-dessous :

Chapitre 2, partie B	FONCTIONS HOTELIERES ET LOGISTIQUES
Référence 10	Les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.
Référence 11	Les fonctions logistiques, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations.
Référence 12	Les approvisionnements sont assurés

Chapitre 2, partie C	ORGANISATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES
Référence 13	Un système de management de la qualité est mis en place
Référence 14	La gestion des risques est organisée et coordonnée
Référence 15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel

Chapitre 2, partie D	QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT
Référence 16	Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux activités à risque, est en place.
Référence 18	La gestion des risques liés à l'environnement, hors infrastructures et équipements, est assurée.
18 a	-L'hygiène des locaux est assurée
18b	-La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations
18c	-La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activités et aux pratiques réalisées.
18d	-L'élimination des déchets est assurée

<sup>78</sup> ANAES, « Manuel d'accréditation des établissements de santé », Deuxième procédure d'accréditation, Septembre 2004.

18e	Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière sont associés à tout projet pouvant avoir des conséquences en termes de risque infectieux.
Référence 19	La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements, hors dispositifs médicaux, sont assurées.
19a	La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi.
19b	La prévention du risque incendie est organisée.
19c	La maintenance préventive et curative est assurée.
19d	Les protocoles d'alerte et d'intervention concernant la sécurité des infrastructures sont disponibles et connus des professionnels

Les références du manuel renvoient à des éléments qui, en BEH, sont recueillis en première ligne par les sociétés d'exploitation et de maintenance du consortium. Ce sont elles qui contractuellement assurent la gestion technique du bâtiment (GTB) et une maintenance assistée par ordinateur (GMAO). Lorsque les experts visiteurs examineront la référence 19d, ils regarderont si l'établissement est en mesure d'apporter la preuve documentaire de sa conformité aux exigences réglementaires puis s'il a mis en œuvre les recommandations issues des contrôles externes des bâtiments. Dans le cas contraire, le GCS ne pourrait ni s'exonérer de sa responsabilité en avançant son statut de bailleur ni se retrancher derrière l'indisponibilité de l'information.

L'objet de cette seconde proposition est donc de faciliter les conditions d'administration de la preuve. L'esprit d'un partenariat autour des rendez-vous « qualité » passe donc par un cahier des charges de la gestion documentaire tenue par le consortium.

Dans une configuration comme celle du « GCS Cité Sanitaire », dans la mesure où une partie des contrôles sera maintenue sous responsabilité du GCS, il convient de susciter, pendant la phase de PPD, des solutions innovantes et adaptées. Afin d'optimiser le dispositif et de disposer d'un document unique et universel, il peut être intéressant d'amener les candidats vers des solutions informatisées. Il existe sur le marché des offres de « carnet sanitaire » informatisé. Le carnet sanitaire vise à rassembler l'ensemble des documents et des fiches de synthèse nécessaires à la traçabilité des informations. Son informatisation permettrait de partager son utilisation entre le Centre hospitalier, la Mutuelle Atlantique et le consortium. Ainsi, un même support mettrait en œuvre la gestion des utilisateurs, l'archivage des informations relatives au bâtiment, la gestion des interventions, des contrôles, des fournisseurs, etc...

Si comme on le voit, la réalité quotidienne du BEH est porteuse de coûts cachés, elle peut néanmoins être anticipée par une intégration technique et managériale. Le choix d'outils partagés et contractualisés est un premier pas. Mais il ne faut pas tout attendre de la

technique pour résoudre des problèmes de coopération. Il appartient à chacun d'adapter son organisation en conséquence. Par exemple, le bailleur doit faire preuve de souplesse afin de réserver des plages horaires d'intervention aux sociétés d'exploitation- maintenance.

Les coûts cachés sont d'autant mieux prévenus qu'ils sont d'abord objectivés. Pour ce faire, nous proposons d'intégrer à la matrice des risques un chapitre spécifique aux risques portés par la stratégie de transfert.

### 3. La mise en abîme du risque

Au sein d'une matrice des risques, on inscrit les risques liés à l'existence ... d'une matrice des risques. La démarche peut apparaître surprenante puisqu'on aboutit à une véritable mise en abîme du risque. Pourtant, cette prise de conscience s'avère essentielle si l'on veut garder la maîtrise de sa stratégie de transfert des risques.

IDENTIFICATION DU RISQUE	PRISE EN CHARGE DU RISQUE		
	Risque assumé par le BAILLEUR (personne publique)	Risque PARTAGE	Risque assumé par le PRENEUR DE BAIL (consortium)
RISQUES LIES A LA CONCEPTION			
RISQUES LIES A LA CONSTRUCTION			
RISQUES LIES A L'EXPLOITATION-MAINTENANCE			
RISQUES JURIDIQUES			
RISQUES FINANCIERS			
<b>RISQUES LIES AU TRANSFERT OPERATIONNEL DES RISQUES</b>		X	
Indisponibilité de l'information		X	
Défaut d'intégration managériale et technique des équipes du preneur de bail			X
Organisation du bailleur ne permettant pas aux équipes de maintenance l'accessibilité aux locaux	X		
Absence de lieu de coordination		X	
Absence de clauses de rendez-vous		X	
Défaut de contractualisation des clauses de coordination (dont procédures dégradées)		X	

Conformément à la logique de coopération que l'on entend promouvoir auprès des cocontractants, la majorité des risques liés à la stratégie de transfert doit faire l'objet d'un partage. Ainsi, les partenaires sont incités à négocier ces points de passage obligés en amont de l'exécution du contrat, dans un esprit de gains organisationnels partagés. L'effort de l'un devant venir soutenir l'évolution de l'autre.

Par exemple, l'item « absence de lieu de coordination » doit inciter le bailleur à prévoir ce local dans la liste des locaux du programme fonctionnel des besoins . Dans le même temps, ce point est négocié avec le preneur afin de connaître ses propres besoins et ses modes de fonctionnement. La réussite de ce partenariat dépend de la responsabilité de chacun ; il est donc stratégique de prévoir des risques à la charge exclusive de l'un ou l'autre des cocontractants.

Enfin, puisque tout commence et s'achève par une matrice des risques, il s'avère indispensable de demander un droit de regard sur la matrice des risques interne au consortium. De sa solidité dépendra la viabilité pérenne des clauses établies.

## Conclusion

A condition de s'en saisir comme d'un outil dynamique, la matrice des risques permet d'adopter une stratégie globalisée de transfert des risques. Traduction de la nature multidimensionnelle du risque, elle est à la fois juge de la viabilité financière du contrat et support de partage des responsabilités. Si ces aspects sont prépondérants dans la pratique des bailleurs, ils viennent parfois occulter l'impact qualitatif et organisationnel de l'intervention d'un tiers. Son évaluation constitue pourtant la condition d'un transfert de risques optimisé, garant de l'efficacité opérationnelle du contrat. A travers la projection de la politique qualité en 2012, l'exercice d'anticipation interroge des évidences aujourd'hui admises: le coût de la qualité, la mesure entre prévention et précaution, l'assurance de la qualité ou son contrôle. Il montre également les contraintes liées à la construction contractuelle d'un partenariat et souligne en creux les limites du BEH. Si ce contrat permet de gagner sur le temps de conception et de construction, on peut parier sur une importante phase de rodage dans l'exécution des contrats. Pourtant, à terme, le BEH doit permettre d'être un catalyseur du changement. Comme dans tout système, un changement de périmètre induit le repositionnement de l'ensemble de l'édifice. Loin d'être seulement un laboratoire des relations public- privé, le BEH devient un terrain propice à l'expérimentation de la délégation. C'est le mode de fonctionnement interne d'un hôpital qui se trouve confronté à des modèles alternatifs : relation client/fournisseur, incitation interne, performance et contrôle à posteriori. Un effet d'entraînement devrait jouer, reste à déterminer sa direction : du privé au public, ou des bailleurs au public ?

---

# Sources et Bibliographie

---

## 1. OUVRAGES

- BOUGRAIN F., CARASSUS J., COLOMBARD- PROUT M. *Partenariat public-privé et bâtiment en Europe : quels enseignements pour la France ? Retour d'expériences du Royaume-Uni, d'Italie, du Danemark et de France*. 1<sup>ère</sup> ed., Paris, Presses de l'École Nationale des Ponts et Chaussées, 2005, 271 pages.
- COMBE E. *Précis d'économie*, 7<sup>ème</sup> ed. refondue et mise à jour, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Major, juillet 2003, 492 pages.
- FAUGEROLAS P. *Le Directeur d'hôpital face aux juges*, Paris, Ed. Ellipses, 1998.
- JEZEQUEL N., RAYMOND J.-L. *Risques et vigilances sanitaires. Organisation et coordination dans les établissements de santé*. 1<sup>ère</sup> ed., Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2002.
- LIGNIERES P. *Partenariats public- privé*, 2<sup>ème</sup> ed., Paris, Litec, 2005, 361 pages.
- ROUSSEL P. *Management de la qualité et des risques. Conduite d'un projet d'amélioration continue de la qualité*. Manuel d'enseignement, ENSP, 2005, pp 36-37.
- VELTZ P. *Le nouveau monde industriel*, Paris, Gallimard, 2000.

## 2. ARTICLES DE PERIODIQUE

- ALLAIN N. Le carnet sanitaire du bâtiment. *Décision Santé*, n°226, juin- juillet 2006.
- ARFAOUI F., BOHBOT G., N'GAZO B. L'art de la gestion des risques. Les risques de la stratégie d'externalisation. *Les Echos, dossier documentaire* (en ligne). 2006 (visité le 15 juin 2006). Disponible sur Internet : <http://www.lesechos.fr>

- ARNAUD A., BOUFFIES J. Bail emphytéotique hospitalier, une opportunité à saisir. *Revue hospitalière de France*, spécial Hôpital Expo- Intermédica 2006, mai-juin 2006.
- BERNFELD G., FRITSCH D., GABARDA OLIVA D. et alii. Dossier Qualibio 2002: La gestion du risque environnemental dans les établissements de santé. *Techniques hospitalières*, n° 673, janvier- février 2003, pp 34-56.
- CAHIER PRATIQUE TISSOT. *La sécurité dans les établissements de santé*. N°7, Ed. Tissot, septembre 2001, pp 20-25.
- HOSPIMEDIA, Hôpital Ile-de-France Sud Francilien – BEH (en ligne). 11 juillet 2006 (consulté le 11 juillet 2006). Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>
- LA GAZETTE DES COMMUNES. *Conséquences financières des PPP pour le secteur public* (en ligne). 26 juillet 2004 (consulté le 15 juin 2006). Disponible sur Internet : <http://www.igd.fr>
- LA GAZETTE DES COMMUNES. *Evaluation des contrats globaux de partenariat. Principes, méthode et comparaisons*. 5 avril 2004, Cahier détaché n°2, Collection Documents, pp. 214-248.
- LANGLOIS G. La Cité Sanitaire de Saint-Nazaire sur les rails. *Hospimedia*, section « Politique de santé » (en ligne). 21 mars 2006 (visité le 21 mars 2006). Disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>
- MAJZA B., BAYARD S. Le contrat de partenariat et le risque. *Contrats publics*. Juin 2006, n°56.
- PHAM-HI D. L'art de la gestion des risques. Traitement quantitatif des risques. *Les Echos, dossier documentaire* (en ligne). 2006 (visité le 15 juin 2006). Disponible sur Internet : <http://www.lesechos.fr>
- PRICEWATERHOUSECOOPERS (PWC). Les partenariats public- privé (PPP). *Lettre PWC de la modernisation de la gestion publique* (en ligne). Février 2004.

- QUELIN B., BARTHELEMY J. L'art de la gestion des risques. L'externalisation stratégique. *Les Echos, dossier documentaire* (en ligne). 2006 (visité le 15 juin 2006). Disponible sur Internet : <http://www.lesechos.fr>
- TOESCA A. Prévenir les risques techniques en établissement de santé : l'exigence absolue. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, n°76, Ed. Tissot, septembre 2004.
- WILLIAMSON O.E. Strategizing, economizing and economic organization. *Strategic management Journal*, vol. 12, 1991, p.75-94.

### 3. **RAPPORTS PUBLICS**

- CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N. *Le coût de la qualité et de la non- qualité à l'hôpital*, ANAES, Service Evaluation économique, septembre 1998.
- COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES. *Livre vert sur les partenariats public- privé et le droit communautaire des marchés publics et des concessions*, Bruxelles, COM (2004) 327 final, 30 avril 2004.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, DHOS, Sous- direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé. *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé* (en ligne). 200 (visité le 21 juillet 2006). Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>
- MISSION NATIONALE D'APPUI A L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER (MAINH). *Seconde mission d'étude des PPP/PFI hospitaliers au Royaume-Uni, 21, 22 et 23 novembre 2005* (en ligne). Disponible sur Internet : <http://www.mainh.gouv.fr>
- MISSION INTERMINISTERIELLE POUR LA QUALITE DES CONSTRUCTIONS PUBLIQUES (MIQCP). *Comprendre les pratiques européennes. Le développement de la procédure de PPP/PFI en Grande-Bretagne*. Rapport d'enquête et annexe au rapport d'enquête. Novembre 2003, 119 p. et 79 p.

- SECTOR, organisme d'audit. *Etude sur l'expérimentation d'outils d'évaluation de risques industriels*. Rapport pour la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (en ligne). Décembre 2005. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

#### **4. COMPTE- RENDU DE COLLOQUE PUBLIE**

- Colloque sur le contrat de partenariat public- privé. Tables rondes et débats sur les réalisations et projets. *Table ronde consacrée au partenariat public- privé à l'hôpital*. Toulouse, les 2 et 3 juin 2005.

#### **5. GUIDES METHODOLOGIQUES**

- ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004.
- MAINH, Guide méthodologique du BEH.

---

## Liste des annexes

---

◆ **ANNEXE N°1 : Grille d'entretien : pages 3 à12**

- Insertion d'une matrice des risques
- Supports d'entretien
- Questions

◆ **ANNEXE N°2 : Evaluation de l'impact en matière de ressources humaines : pages 13-14**

## RECUEIL DE DONNEES RELATIF A LA MATRICE DES RISQUES

### ANNEXE N°1

#### I. La matrice des risques, un outil de négociation stratégique.

##### THEME 1 : NATURE DES ACTIVITES ET PARAMETRAGE DES RISQUES

♦ [Question 1 : Caractéristiques des secteurs faisant l'objet d'un BEH :](#)

	NOUVEL HÔPITAL	SERVICES MCO	AUTRES SERVICES	MAISON DE RETRAITE	SERVICES MEDICO-TECHNIQUES	BÂTIMENTS LOGISTIQUES	BÂTIMENT DE RECHERCHE	SECTEUR TERTIAIRE
NOMBRE DE LITS ET PLACES								
NATURE DES ACTIVITES MEDICALES								
NATURE DES AUTRES ACTIVITES								

♦ [Question 2 : Diriez-vous que le paramétrage des risques est fonction de la nature du secteur concerné par une construction en BEH ?](#)

##### THEME 2 : DEFINITION DU PERIMETRE DU TRANSFERT DES RISQUES

❖ Question 1 : Répartition des risques entre le bailleur et le preneur de bail (prévisionnelle ou contractuelle) :

◆ **RISQUES LIES A LA CONCEPTION**

N°	INTITULE DU RISQUE	RISQUE ASSUME PAR LE BAILLEUR	RISQUE PARTAGE	RISQUE ASSUME PAR LE PRENEUR DE BAIL
1	Changement des besoins de l'Etablissement d'importance mineure			
2	Changement des besoins de l'Etablissement autre que d'importance mineure			
3	Changement de conception demandé par l'Emphytéote			
4	Evolutions réglementaires non prévisibles des spécifications concernant des ouvrages et des services			
bis	▪ Texte spécifique au domaine de la santé			
ter	▪ Autres textes			

◆ **RISQUES LIES A LA CONSTRUCTION**

N°	INTITULE DU RISQUE	RISQUE ASSUME PAR LE BAILLEUR	RISQUE PARTAGE	RISQUE ASSUME PAR LE PRENEUR DE BAIL
5	Vices cachés			
6	Mise en service (installations/ équipements) pour équipements achetés et installés par l'Etablissement			
7	Mise en service (améliorations suivant marche à blanc)			
8	Modifications des caractéristiques de l'ouvrage			

N°	INTITULE DU RISQUE	RISQUE ASSUME PAR LE BAILLEUR	RISQUE PARTAGE	RISQUE ASSUME PAR LE PRENEUR DE BAIL
9	Modifications pour motif d'intérêt général			
10	Evolutions réglementaires non prévisibles des spécifications concernant les ouvrages et des services			
10 bis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Texte spécifique au domaine de la santé</li> </ul>			
10 ter	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres textes</li> </ul>			

♦ **RISQUES LIES A L'EXPLOITATION- MAINTENANCE :**

N°	INTITULE DU RISQUE	RISQUE ASSUME PAR LE BAILLEUR	RISQUE PARTAGE	RISQUE ASSUME PAR LE PRENEUR DE BAIL
11	Non exécution par le preneur du programme d'entretien et de renouvellement			
12	Tout dommage du fait de l'exploitant/ préposés/sous -traitants			
13	Mise en conformité au programme fonctionnel			
14	Evolution des besoins nécessitant une adaptation			
15	Evolution technologique/ veille technologique			
16	Modification des exigences de performance			
17	Non exécution des modifications			
18	Non transmission des documents demandés par l'Etablissement			
19	Destruction du bâtiment (catastrophe naturelle, incendie...)			
20	Dysfonctionnement du fait de l'emphytéote rendant le bâtiment impropre à son exploitation totale ou partielle			
21	Incapacité d'atteindre les performances et standards de qualité dans le programme fonctionnel et fixés contractuellement			
22	Mauvaise estimation des productions énergétiques			

N°	INTITULE DU RISQUE	RISQUE ASSUME PAR LE BAILLEUR	RISQUE PARTAGE	RISQUE ASSUME PAR LE PRENEUR DE BAIL
23	Evolution hors du cadre contractuel des tarifs énergétiques			
24	Sécurité et hygiène des usagers de l'Etablissement liés à l'exploitation : autorisation d'ouverture- commission de sécurité			
25	Evolutions réglementaires des spécifications concernant les ouvrages et des services			
26	Non paiement ou retard des loyers			
27	Indisponibilité des installations			
28	Défaillance de l'exploitant			
29	Autres risques : _____			

❖ **Question 2 : Fonction et évolutivité de la matrice des risques.**

➤ **Quelles fonctions attribuez-vous à la matrice des risques?**

- un outil de négociation
- un document contractuel
- un document de travail interne

➤ **Quel type de stratégie permet-elle de mettre en œuvre ?**

- Une stratégie financière
- Une stratégie juridique (sécurisation des relations contractuelles)
- Une stratégie qualitative d'amélioration du service rendu à l'utilisateur
- Autre type de stratégie

➤ **Quels risques ont fait l'objet de révision entre la répartition prévisionnelle du programme fonctionnel et le dialogue compétitif ?**

- **Quels sont les risques pour lesquels les consortia se sont montrés prudents lors de la négociation ?**
- **Sur quel type de risque les consortia en compétition avaient des positions divergentes ? Pourriez-vous brièvement en décrire les raisons (enjeux financiers, techniques....) ?**

❖ **Question 3 : Critères de répartition des risques entre les cocontractants**

- **Existe-t-il des facteurs internes à votre établissement impactant (ou ayant impacté) la négociation des risques avec les consortia ?**
  - Contexte syndical en faveur ou en défaveur du transfert d'activités
  - Caractéristiques historiques
  - GPEC des personnels
  - Situation financière ; projections financières
  - Autres facteurs
- **Considérez-vous qu'il existe des activités stratégiques que l'hôpital se doit de garder ?**
- **Pour quels risques liés à l'exploitation/ maintenance l'impossibilité d'une évaluation des prestations en interne rend (ou a rendu) la négociation difficile ?**
- **De quel type d'outil d'évaluation avez- vous manqué et qui vous aurait aidé pour une allocation optimale des risques ?**
- **Lors du dialogue compétitif, les consortia ont –ils fourni une évaluation chiffrée du coût des différents risques ?**
  - pour l'ensemble des différents risques ?
  - pour certains risques en particulier ? Lesquels ?
  - par grand sous -ensemble (conception, construction, exploitation- maintenance) ?
  - par le biais d'une enveloppe globale ?

❖ **Question 4 : Tableau de synthèse des critères de répartition des risques :**

Pour les différents risques numérotés (voir nomenclature ci-dessus), notez en face des critères que vous avez pris en compte si vous avez décidé du transfert du risque (T) ou de sa prise en charge par l'Etablissement (B).

**T** = Transfert du risque      **B** = Risque assumé par la bailleur

**Légende :**

**1 à 4**      Risques liés à la conception.

**5 à 10**      Risques liés à la construction.

**11 à 29**      Risques liés à l'exploitation/ maintenance.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
<b>1. CRITERES INTERNES A L'ETABLISSEMENT</b>																													
Expérience et savoir-faire des équipes actuelles																													
Position des syndicats																													
GPEC																													
Aspect stratégique des activités pour l'hôpital																													
<b>2. CRITERES FINANCIERS</b>																													
Viabilité financière du transfert (équilibre du loyer)																													
Non viabilité financière du transfert (hausse loyer)																													
Effcience des prestations internes																													
Sous - effcience des prestations internes																													
<b>3. CRITERES DE MAÎTRISE TECHNIQUE</b>																													
Capacité technique du bailleur à assumer le risque																													
Capacité technique démontrée du preneur																													
Innovation dans la maîtrise du risque																													
<b>4. CRITERES DE QUALITE ET SECURITE</b>																													
Volonté d'investir dans le niveau de qualité																													
Volonté de maintenir la qualité sur le long terme																													
Criticité du risque pour l'activité de soins																													

### THEME 3 : LE PARTAGE DES RESPONSABILITES : ENJEU DE SECURISATION JURIDIQUE

(POUR LES ETABLISSEMENTS AYANT DEJA SIGNE UN CONTRAT DE BAIL)

- ❖ [Question 1: Au sujet des risques sanitaires du bâtiment transférés au consortium, quelles clauses juridiques avez-vous inscrites au contrat afin de prévoir l'imputation des responsabilités respectives](#)  
(en cas d'infection nosocomiale par exemple) ?

### THEME 4 : PRISE EN COMPTE DE L'IMPACT DES RISQUES SANITAIRES DU BÂTIMENT SUR LE FONCTIONNEMENT DU SPH.

- ❖ [Question 1 :Avez-vous sollicité dans le cadre de la préparation du contrat de BEH ?](#)

- les ingénieurs et services techniques de votre établissement ?
- la Cellule Qualité ?
- la Direction de la Qualité ?
- Le Comité des gestion des Risques ?
- Le Service d'Hygiène hospitalière ?
- tout autre service dont la mission est de garantir la sécurité des personnes ?

- ❖ [Question 2 : Par quels moyens avez-vous sollicité leur expertise ?](#)

- Groupes réunis spécifiquement dans le cadre du BEH ? groupes thématiques ?
- Intégration au comité de pilotage ?
- Tout autre moyen participatif ?

## II. Les moyens d'une politique qualité en BEH.

### THEME 1 : CONTRACTUALISER LA GESTION DES RISQUES

- ❖ Question 1 : Par le biais de ce contrat de BEH, avez-vous choisi d'investir dans la qualité ? Pourquoi ?
  - Pour sanctuariser les dépenses liées à l'exploitation/maintenance ?
  - Pour réduire les coûts associés à la non- qualité
  - Pour engager une politique affichée d'investissement dans la qualité ?
- ❖ Question 2 : Quels critères de performance avez-vous fixés ? Comment les avez-vous sélectionnés ?
- ❖ Question 3 : Comment avez- vous procédé pour fixer un système de pénalités financières indexé sur les performances ?
  - Prise en compte de la criticité des locaux
  - Prise en compte de l'indisponibilité potentielle des locaux
  - Evaluation des pertes financières prévisionnelles
- ❖ Question 4 : Quels sont les engagements sur résultats du consortium ?
- ❖ Question 5 : En général, lors du dialogue compétitif, les engagements sur moyens des candidats vous paraissaient-ils surdimensionnés par rapport à vos objectifs ?

Les avez-vous amenés à revoir le dimensionnement de leurs équipes de maintenance ou le niveau de technicité et d'innovation des équipements ?

### THEME 2 : POSER LES BASES D'UNE POLITIQUE QUALITE

- ❖ Question 1 : Comment avez-vous prévu de suivre et de contrôler l'exécution du contrat ?
  - Procédés contractuels de communication d'informations : reporting, bilan annuel, enquêtes de satisfaction...
  - Système d'information : GMAO, GTC...
  - Obligations contractuelles spécifiques

❖ [Question 2 : Comment concevez-vous l'intégration technique des dispositifs respectifs de mesure et de contrôle de la performance ?](#)

❖ [Question 3 : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : maintenance et exploitation](#)

ETAT ACTUEL			DECISION	BESOINS PREVISIONNELS		
GRADES	EFFECTIFS	QUALIFICATIONS	↔	QUALIFICATIONS	EFFECTIFS	GRADES
				Qualification nouvelle Ex : contrôleur de maintenance		

Transfert  
Redéploiement

Postes non renouvelés  
Création

❖ [Question 4 : Quels profils de poste vous apparaissent nécessaires pour le suivi et l'exécution du contrat en interne ?](#)

Au niveau de :- la cellule qualité ?

- des services techniques ?

❖ [Question 5 : Comment prévoyez-vous de gérer l'intégration managériale des équipes de l'opérateur privé dans le fonctionnement de l'hôpital ?](#)

PRESTATIONS	Evaluation moyens du CHSN	ETP	Charges GROUPE 1	Charges GROUPE 3	TOTAL CHARGES	Evolution besoins Cité sanitaire	TOTAL CONSORTIUM X	Effectif X	TOTAL CONSORTIUM Y	Effectif Y	TOTAL CONSORTIUM Z	Effectif Z
<b>ENTRETIEN/ MAINTENANCE</b>												
Fourniture de chaleur et froid		2	70 000,00	86 500,00	156 500,00							
Contrôles techniques		0	/	53 500,00	53 500,00							
<b>MAINTENANCE/ ENTRETIEN DES EQUIPEMENTS TECHNIQUES</b>												
Ascenseurs		0	/	71 300,00	71 300,00							
Portes et barrières automatiques		0	/	8 900,00	8 900,00							
Maintenance SSI		0	/	50 000,00	50 000,00							
Groupes électrogènes		0	/	14 800,00	14 800,00							
Onduleurs		0	/									
Gaz médicaux et vide		0,5	17 500,00	12 400,00	29 900,00							
Téléph, liaisons Htz, alarmes		0	/	32 200,00	32 200,00							
Installations électriques		0	/	1 900,00	1 900,00							

PRESTATIONS	Evaluation moyens du CHSN	ETP	Charges GROUPE 1	Charges GROUPE 3	TOTAL CHARGES	Evolution besoins Cité sanitaire	TOTAL CONSORTIUM X	Effectif X	TOTAL CONSORTIUM Y	Effectif Y	TOTAL CONSORTIUM Z	Effectif Z
							X		Y		Z	
Hottes cuisine		0	/	4 400,00	4 400,00							
Traitements de l'eau (hors dialyse)		0,5	17 500,00	1 500,00	19 000,00							
Voies et réseaux		0	/	23 000,00	23 000,00							
Espaces verts		1	35 000,00	13 500,00	48 500,00							
Menuiseries et agencements		1	35 000,00	24 000,00	59 000,00							
Revêtements muraux et de sols		0										
Maintenance curative liée au parachèvement		3	105 000,00	15 000,00	120 000,00							
Nettoyage des vitrages extérieurs		0	/	3 400,00	3 400,00							