

Plan Hôpital 2012 : comment améliorer un dossier immobilier reporté pour « instructions complémentaires avec réexamen en CNV » ?

A l'issue de la première fenêtre de la première tranche du Plan « Hôpital 2012 », de nombreux établissements ont pris connaissance du report de leur dossier immobilier, jugé incomplet. Comment peuvent-ils améliorer leur projet pour le rendre éligible lors de son prochain réexamen en Comité National de Validation (CNV) ?

Philippe Merle
Directeur d'hôpital

RAPPEL :

Projets soumis à expertise nationale et projets « hors expertise »

Les projets soumis à expertise nationale et à validation par le Comité National de Validation (CNV) sont constitués par :

- Les projets immobiliers dont le montant HT dépasse 10 millions d'Euros, les projets immobiliers dits "blocs opératoires" et les projets SIH listés dans les annexes de la circulaire.

- Les opérations dites de mise aux normes exceptionnelles dont le montant n'est pas inclus dans l'enveloppe régionale.

- Dans certains cas, les projets dont le montant HT est inférieur à 10 millions d'Euros peuvent faire l'objet d'expertise de façon aléatoire.

Les projets non soumis à expertise nationale (mais validés par le CNV) sont constitués par les opérations immobilières dont le montant est inférieur à 10 millions d'Euros. Ils peuvent faire l'objet dans certains cas d'une expertise nationale.

Que signifie le report du dossier ?

Les dossiers soumis à la validation du Comité National (CNV) peuvent faire l'objet de décisions graduées : *validation* (avec ou sans conditions)⁽¹⁾, *report pour complément d'instruction* (avec ou sans passage en CNV)⁽²⁾, *report en 2^{ème} tranche ou rejet définitif*.

Le report du dossier n'est pas un rejet ; il signale des points de faiblesse dans le projet présenté, mais laisse la possibilité à l'établissement de modifier, partiellement ou en profondeur, son contenu et/ou ses conditions de réalisation. Dans de nombreux cas, le dossier initial était souvent très incomplet et peu précis, y compris pour des opérations immobilières de grande ampleur, à forts enjeux financiers.

Le report doit donc être vécu comme une opportunité d'améliorer le projet, en renforçant les 3 volets du dossier : organisation, architecture et efficacité.

Actualiser les données, améliorer leur lisibilité, ajouter des commentaires

Les dossiers présentés dans cette 1^{ère} fenêtre ont souvent été établis en fin d'année 2007, alors que seules les données de 2006 étaient disponibles. A chaque fois que ce sera possible, l'établissement gagnera à **actualiser les données transmises** à l'appui du « diagnostic financier et d'activité de départ ».

Quelques conseils :

- **Indicateurs économiques et financiers** (Résultats d'exploitation, Endettement, Equilibres bilanciaux) :
 - Ajouter les données pour l'année 2007 ;
 - Ajouter des précisions, le cas échéant, sur le contenu du Contrat de Retour à l'Equilibre (CRE), son exécution à ce jour, et ses perspectives par rapport à la mise en œuvre du projet.
- **Données d'activité :**
 - Ajouter les données pour l'année 2007 et pour le premier semestre de l'année 2008 ;
 - Bien choisir (et indiquer clairement) les unités d'œuvre : séjours PMSI pour les activités MCO, journées pour le SSR et le long séjour, entrées pour la psychiatrie, passages pour les urgences ... ;

INVESTISSEMENT ET SYSTÈMES D'INFORMATIONS

- Ajouter, aux valeurs relatives (taux d'évolution) demandées par le formulaire, les valeurs absolues, beaucoup plus lisibles et informatives ;
- Distinguer l'activité d'hospitalisation de l'activité de consultations externes (à ne pas omettre).

• Diagnostic Flash :

- Calculer les ratios pour les années 2006 et 2007 (en utilisant rigoureusement la méthodologie de l'ATIH) ;
- Ajouter, le cas échéant, d'autres indicateurs significatifs non repris dans le formulaire (exemple : DMS par disciplines).

• OQOS :

- Inclure la notion de « minimum » et « maximum » (non prévue par le formulaire) ;
- Ajouter aux taux d'évolution (valeurs relatives) les valeurs absolues en séjours, plus significatives.

De manière générale, les chiffres produits peuvent être **illustrés par des annexes plus détaillées**, à intégrer en fin de document. A titre d'exemple, le détail des taux de fuite, par disciplines, du Territoire de santé peut attester d'un potentiel d'activité supplémentaire auquel le projet présenté entend répondre. Dans tous les cas, il paraît indispensable d'ajouter, pour chaque tableau, **le commentaire de l'établissement**, expliquant les évolutions constatées et soulignant les tendances favorables et les opportunités (notamment en termes d'activité).

Ajouter un véritable volet organisationnel à votre projet

La description du projet doit s'appuyer sur un volet organisationnel détaillé et argumenté. Il s'agit de **démontrer que l'hôpital ne se reconstruit pas « à l'identique »**. Le Plan « Hôpital 2012 » vise à soutenir des projets novateurs en termes d'utilisation des ressources, en particulier humaines, et d'organisation des soins, privilégiant les mutualisations et les modes d'hospitalisation innovants (comme par exemple des unités d'hospitalisation programmée à durée déterminées – HPDD).

L'**étude précise de l'organisation médicale et soignante** est une composante essentielle du dossier. C'est à l'issue de ce travail, et sur cette base argumentée, que peuvent légitimement être avancés des gains d'efficacité (économies sur le Titre 1 en particulier) alimentant le business plan.

Quelques conseils :

- **Indiquer précisément le périmètre** du projet (par exemple avec un tableau présentant les disciplines concernées et l'évolution de leurs capacités de prise en charge après mise en œuvre du projet) ;
- **Prévoir le dimensionnement des unités** en référence à une étude prospective des besoins par rapport à l'activité existante (par exemple en présentant des simulations à partir de la base PMSI sur des indicateurs simples : DMS, TOC⁽³⁾...) ;
- Présenter une **étude prospective de la future organisation du travail** et des dotations en personnels correspondantes, non pas à partir de l'existant mais ex nihilo, sur le fondement du fonctionnement projeté ;
- **Chiffrer précisément** les gains attendus, en identifiant les éventuelles redistributions internes de moyens nécessaires.

(1) *Validation*, avec consigne de notification à l'ARH par la DHOS, accompagnée ou non de remarques, recommandations ou spécification de points de vigilance : le dossier est accepté sans réserve ; *Validation sous conditions*, avec consigne de notification par la DHOS, avec spécification des conditions : le dossier est accepté sous ces réserves et ne repassera pas devant le CNV.

(2) *Report pour compléments d'instruction* : une reformulation du projet (sous un délai fixé) ou des précisions techniques sont demandées. Après réexamen de ces éléments, la DHOS peut valider définitivement le dossier, sans nouveau passage devant le CNV ; *Report pour compléments d'instruction avec passage en CNV* : Le dossier doit être reformulé et présenté à nouveau dans sa totalité pour la 2^{ème} fenêtre du plan (ouverte au 30/06/2008) ; il sera donc à nouveau expertisé (le cas échéant) et réexaminé par la MAINH avec nouveau passage en CNV.

(3) TOC = Taux d'Occupation Corrigé.

INVESTISSEMENT ET SYSTÈMES D'INFORMATIONS

A titre d'exemple, il sera plus efficient de retenir une configuration autour de plateaux de soins de 30 lits pluridisciplinaires et non segmentés, faits de deux unités totalement standardisées de 15 lits. Cette configuration permet de fonctionner avec un binôme « 1 IDE + 1 AS » pour 15 patients le jour et pour 30 patients la nuit. La mutualisation complète des ressources permet d'optimiser les gains de productivité.

Proposer une esquisse de pré-programme

Les dossiers immobiliers présentés au CNV doivent pouvoir s'appuyer sur un volet architectural incluant au minimum **une étude de faisabilité et une esquisse de pré-programme**. Il s'agit de montrer comment l'organisation envisagée se traduira par un ensemble immobilier cohérent et bien dimensionné.

Quelques conseils :

- **Elaborer un pré-programme spatial**, permettant d'évaluer précisément le dimensionnement du bâtiment : zonage indicatif de l'implantation, distribution des locaux, surfaces utiles, SDO⁽⁴⁾ et SHON⁽⁵⁾, circuits et organisation fonctionnelle ... ;
- **Clarifier l'ensemble des éléments techniques** : phasage et calendrier prévisionnel de réalisation, coûts d'investissement détaillés (en distinguant bien les études et la construction), coût TDC⁽⁶⁾ fin de chantier incluant les aléas de chantier et une actualisation sur la base d'une progression annuelle du coût des travaux (un taux d'actualisation entre 3,5 et 4 % est conseillé) ;
- Elaborer un volet architectural intégrant (notamment dans les coûts estimés) les **exigences d'une construction en Haute Qualité Environnementale (HQE)**, en particulier sur l'aspect énergétique (Bâtiments en basse consommation).

(4) SDO = Surface Dans Œuvre.

(5) SHON = Surface

(6) TDC = Toutes Dépenses Confondues.

Etablir un réel business plan

Le dossier doit comporter un volet médico-économique exhaustif permettant de **connaître précisément les recettes et les dépenses marginales liées à la mise en œuvre du projet**. Ces éléments sont fondamentaux car ils constituent un « business plan », qui alimentera le calcul de l'efficacité de l'investissement : il s'agit de savoir dans quelles conditions le coût d'investissement sera supporté par les différents exercices d'exploitation sur l'ensemble de la durée de vie de l'investissement.

Quelques conseils :

- Elaborer des **prévisions de recettes directement calculées sur la base de prévisions d'activité** précises, s'appuyant, pour chaque service ou spécialité, sur l'évolution d'indicateurs simples⁽⁷⁾: Taux d'ouverture des lits, TOC, DMS, PMCT⁽⁸⁾, Taux de CMA⁽⁹⁾, évolution des tarifs nationaux⁽¹⁰⁾... Il est conseillé de faire cette prévision jusqu'à 5 ans après la mise en œuvre du projet⁽¹¹⁾ ;
- Démontrer la **conformité de ces prévisions** d'activité et de recettes avec les volumes d'activité retenus dans les **OQOS** ;
- Définir une politique hôtelière source de recettes « hors Assurance

(7) Il est possible de se référer à la méthode et aux outils proposés dans le numéro de mars 2008 de *Finances Hospitalières*.

(8) PMCT = Poids Moyen du Cas Traité.

(9) CMA = Complications et Morbidités Associées (ou « Co-Morbidités Associées »)

(10) Concernant l'évolution des tarifs de la T2A, il est conseillé de retenir une hypothèse « prudente » de baisse annuelle des tarifs de l'ordre de 1% par an.

(11) Après les cinq premières années de mise en œuvre d'un projet, on considère qu'il a atteint son « rythme de croisière » : les effets d'activité (et de dépenses) sont donc neutralisés.

INVESTISSEMENT ET SYSTÈMES D'INFORMATIONS

Maladie » permettant de rentabiliser l'investissement⁽¹²⁾ ;

- **Présenter les surcoûts et les sous-coûts de manière exhaustive et argumentée**, sur le fondement de l'organisation proposée. Les surcoûts liés à l'évolution des charges variables de Titres 2 et 3 peut être évalué à partir du poids de ces charges dans le chiffre d'affaire PMSI des activités concernées par le projet ;
- Calculer les **charges de structure** avec précision, notamment les frais financiers, dont la valeur à la mise en service du projet doit être bien distinguée de la valeur annuelle moyenne sur l'ensemble de la durée de l'emprunt.

Une bonne évaluation des charges et produits marginaux liés au projet présenté doit permettre à l'établissement de calculer le retour sur investissement (ROI) (Cf. infra).

Calculer le retour sur investissement

L'application d'une méthode de calcul du retour sur investissement du projet présenté permet de compléter significativement le dossier « Hôpital 2012 ». Cette réflexion s'impose pour tout projet immobilier de plus de 5 millions d'€. Elle s'articule autour de 2 indicateurs principaux. La « **Valeur Actuelle Nette** » (VAN) du projet permet de démontrer sa rentabilité sur le long terme. Le « **délai de récupération** » permet de connaître à quelle échéance cette rentabilité intervient.

Quelques conseils :

- **Utiliser l'outil EIFIC-HOS** mis à disposition gratuitement par la MAINH. Cet outil permet de tester plusieurs scénarii ;
- **Présenter plusieurs scénarii**, retenant, au minimum un scénario « sans aide Hôpital 2012 » et un scénario « avec l'aide Hôpital 2012 demandée ». Il est possible de démontrer, à partir d'une méthode ROI, les enjeux d'un accompagnement financier ;
- **Traduire la VAN** en un indicateur simple : l'indice de profitabilité = VAN / Coût fin de chantier du projet⁽¹³⁾ ;
- Déterminer le **plan de financement** proposé, la nature et le montant de l'aide demandée à partir de l'analyse du ROI et en tenant compte de la CAF et du niveau d'endettement de l'établissement⁽¹⁴⁾ ;
- **Echanger avec l'ARH** sur le plan de financement proposé : le plan « Hôpital 2012 » fonctionne essentiellement sur des enveloppes régionales fermées ; l'ARH a donc la possibilité de modifier le plan de financement proposé par l'établissement.

Le calcul du retour sur investissement est l'aboutissement de la démarche demandée dans le cadre du Plan « Hôpital 2012 ». Sans cette étape, le raisonnement n'est pas complet et ne permet pas une expertise efficace du dossier.

Ne pas sous-estimer certains points du dossier

Au-delà des points déjà abordés, une attention particulière doit être portée à certaines rubriques, qui ne doivent pas être considérées comme accessoires :

- **Préciser la méthode et la démarche de projet et son portage par les acteurs** : L'engagement de l'ensemble des hospitaliers est un gage de

(12) On pourra se référer sur ce point au numéro de septembre 2008 de *Finances Hospitalières*. Un projet immobilier ne peut pas se réaliser aujourd'hui dans de bonnes conditions de financement sans réflexion sur la valorisation du service rendu au patient

(13) L'indice de profitabilité représente la valeur actualisée rapportée pour 1 € d'investissement dépensé ; cette valeur se positionne autour de 1.

(14) CAF = Capacité d'AutoFinancement. Une CAF inférieure à 10% limite fortement les capacités d'autofinancement. En cas d'endettement important, il est recommandé de solliciter une partie de l'aide en capital (FMESPP), par exemple à hauteur de 10 à 20% du montant total du projet.

réussite d'un projet d'investissement innovant ;

- Identifier les enjeux sociaux du projet et les expliquer : il s'agit pour l'établissement de convaincre sur sa capacité à intégrer les changements organisationnels présentés dans le cadre du projet ;
- Veiller à ce que l'avis de l'ARH soit recueilli à chaque rubrique où il est demandé.

Identifier les ratios décisifs

Au-delà des indicateurs classiques (notamment financiers), l'expertise des dossiers s'articule autour de **quelques ratios clés spécifiques**, qu'il convient de bien identifier. Leur calcul doit être vérifié soigneusement.

- Le ratio « SDO / SU » et le **coût fin de chantier** / m² SDO (ou par m² SU) : *évaluation de l'efficacité de la pré-programmation architecturale et du coût de la construction ;*
- Le **coût fin de chantier** / **Produits actuels de l'activité** du périmètre du projet : *indicateur de dimensionnement de l'investissement* (à interpréter selon le type de projet) ;
- Le total des **gains (économies et recettes supplémentaires)** / **coût fin de chantier** : *indicateur de productivité de l'investissement ;*
- **Recettes prévisionnelles d'activité marginales** / **dépenses prévisionnelles marginales** : *capacité du projet à s'équilibrer par les recettes à l'activité ;*
- **Charges de structure** (frais financiers + amortissements) / **Recettes prévisionnelles marginales d'activité** (sans aide « Hôpital 2012 ») : *indicateur de dimensionnement de l'investissement par rapport au retour sur investissement en exploitation.*

S'inscrire dans l'objectif et la philosophie du Plan « Hôpital 2012 »

Le Plan « Hôpital 2012 » a vocation à **financer des investissements efficaces**, c'est-à-dire des projets pour lesquels les recettes générées permettent de compenser les dépenses supplémentaires induites (business plan équilibré). Le résultat d'exploitation de l'hôpital ne doit pas être détérioré par la mise en œuvre du projet (*raisonnement comptable*).

Il est admis, cependant, que **tout investissement non intégralement autofinancé pèse, à court et moyen terme, sur la situation financière de l'établissement**. La période de vulnérabilité correspond au délai de récupération. Plus ce délai sera court, moins le risque sera grand que l'investissement engagé détériore la situation financière globale de l'hôpital (*raisonnement financier*).

L'objectif de l'accompagnement d'un projet par une aide financière du plan « Hôpital 2012 » doit viser à fixer le délai de récupération à un niveau jugé compatible avec la situation initiale de l'établissement.

Le dossier présenté à l'appui de cette demande doit permettre de situer clairement ces enjeux.