

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général des ministères  
chargés des affaires sociales

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage  
de la performance  
des acteurs de l'offre de soins

Bureau de l'efficience  
des établissements de santé  
publics et privés (PF1)

*Direction générale de la cohésion sociale*

#### **Instruction DGOS/PF1/DGCS n° 2013-216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS)**

NOR : AFSH1313741J

Validée par le CNP le 26 avril 2013. – Visa CNP 2013-105.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

*Résumé* : instruction visant à définir les objectifs, le contenu et le calendrier de réalisation du schéma régional d'investissement en santé (SRIS) par les agences régionales de santé (ARS).

*Mots clés* : investissement – stratégie nationale de santé – projet régional de santé (PRS) – établissements de santé – établissements et services médico-sociaux – soins de ville.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

La stratégie nationale de santé (SNS), décidée par le Premier Ministre et confiée à la ministre des affaires sociales et de la santé, a pour ambition première l'anticipation des défis auxquels notre système de santé sera confronté dans les prochaines années.

Le vieillissement de la population ou la part croissante du nombre de patients porteurs de pathologies chroniques et qui devront être pris en charge par notre système de santé, dans les meilleures conditions de qualité figure parmi ces défis d'avenir. À titre d'illustration, la part des plus de quatre-vingt-cinq ans dans la population française aura doublé d'ici à 2060, pour atteindre 10 % de la population, soit 7 millions de personnes.

D'autres évolutions, scientifiques ou relevant de l'organisation des soins, peuvent être anticipées, par exemple la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire et des techniques d'anesthésie, les progrès attendus dans le domaine du médicament et des thérapeutiques ciblées ou encore l'apport de la génétique, et plus globalement de la médecine prédictive.

Comme par le passé, notre système de santé devra aussi démontrer sa capacité à s'adapter sans cesse à des évolutions techniques et scientifiques imprévues ou d'impacts plus rapides qu'anticipé, à des changements de comportements des malades ou aux besoins de nouvelles organisations.

La défense de notre modèle social, fondé sur la solidarité, nécessite de lutter contre les inégalités, sociale et territoriales de santé, afin de garantir l'accès pour tous à des soins de qualité et globalement à une meilleure santé.

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie nationale de santé propose de structurer les réformes à venir autour de la médecine de parcours. L'analyse des difficultés actuelles dans l'organisation des

parcours de soins des personnes malades, mais également de celles en perte d'autonomie, témoigne de l'importance de l'organisation des parcours et de la nécessité que le système se structure autour des personnes.

Enfin, les contraintes financières qui pèsent actuellement sur les finances publiques exigent la gestion la plus rigoureuse des ressources financières consacrées à notre système de santé.

Dans ce contexte, la politique d'investissement en santé qui sera conduite au cours de la prochaine décennie revêt une très grande importance : elle doit garantir la meilleure allocation des ressources et contribuer à la bonne prise en charge de chaque personne, malade ou en perte d'autonomie, au meilleur coût et pour le meilleur résultat possible en termes de qualité.

Cette démarche stratégique et transversale sera placée sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS). Elle aura pour objectif prioritaire de promouvoir la qualité et l'articulation des investissements portés par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins au cours des dix prochaines années, dans les domaines de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information.

Elle doit garantir que les investissements futurs seront en cohérence avec la stratégie nationale de santé et participeront à la qualité des parcours des patients.

Il s'agit de passer d'une approche déclinée projet par projet à une approche stratégique et territoriale, à l'échelle des territoires.

Chaque projet d'investissement devra ainsi être directement mis au service de la politique de santé déterminée dans le projet régional de santé (PRS), répondre à un besoin clairement identifié et tenir compte de l'offre et du patrimoine déjà existants.

Des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) garantiront la mise en cohérence de l'ensemble des investissements à l'échelle d'un territoire. Ces schémas régionaux devront également contribuer à optimiser les décisions d'investissement en fixant à tout projet porté aussi bien par les établissements des secteurs sanitaire et médico-social que par les acteurs des soins de ville, des critères exigeants quant à leur valeur d'usage présente et future et leur contribution à la réponse aux besoins de la population. Ces schémas, enfin, devront assurer la soutenabilité financière de long terme des projets d'investissements, dans le cadre de l'enveloppe nationale dévolue.

Les orientations définies dans leur schéma par les ARS contribueront ainsi à la poursuite de l'effort de modernisation de l'offre de soins dans le respect du cadrage macro-économique fixé au niveau national pour les secteurs sanitaire et médico-social.

Compte tenu de la forte mobilisation requise par les ARS et de la nécessité de développer parallèlement de nouveaux outils d'analyse et référentiels, la mise en place des SRIS sera progressive. Elle préfigurera le volet « investissement » qu'il est envisagé d'insérer dans la prochaine génération de PRS.

La présente circulaire a pour objet de décrire les objectifs (1), le contenu (2) ainsi que le calendrier d'élaboration des SRIS (3).

Ce document de cadrage sera complété d'instructions complémentaires dont l'élaboration fera l'objet d'un groupe de travail sous le pilotage du secrétariat général avec la DGOS, la DSS, la DGCS, la CNSA, l'ANAP et des représentants des ARS et visant à assurer une transversalité de la stratégie conduite sur l'ensemble de l'offre de soins. Ses conclusions seront rendues en septembre.

## **1. Les objectifs du schéma régional de l'investissement en santé (SRIS)**

Le maintien d'un effort d'investissement est une nécessité à plusieurs titres :

- pour garantir un égal accès à une offre de soins, ou à une prise en charge au titre de la dépendance, de qualité sur l'ensemble des territoires ;
- pour assurer un haut niveau de qualité et d'innovation au système de santé français ;
- pour accompagner la transformation vers une meilleure articulation des soins de premier recours, des soins spécialisés et de l'accompagnement médico-social ou social.

L'objectif prioritaire des SRIS est de garantir la cohérence des investissements à l'échelle d'un territoire, prévus à court et moyen terme, sur l'ensemble des champs de prise en charge, indépendamment de leurs modalités de financement, en tenant compte de leur degré de maturité respectif et de la contrainte principale de la meilleure efficacité globale pour répondre aux besoins actuels et futurs.

Ces investissements devront être conduits sans recours à une logique de plan mobilisant massivement les finances publiques, qui comportent des effets négatifs sur la pertinence des projets (surdimensionnement) et la structure financière des établissements (surendettement). Il conviendra d'assurer une plus grande régularité ainsi qu'une plus grande sélectivité dans les choix au niveau local.

Dans le contexte macro-économique actuel, il est de la responsabilité des ARS de garantir la pertinence et l'efficacité de ces dépenses.

Au regard de l'expérience acquise, six axes de progrès sont à retenir :

- mieux insérer les projets dans la stratégie territoriale définie dans le PRS. Il s'agit de relier les décisions d'engagement des investissements à une analyse des besoins documentée (évolution des pratiques, projection pluriannuelle des besoins de santé sur le territoire, promotion des parcours de santé). Les investissements devront être conduits au titre d'une stratégie territoriale et non de la stratégie d'un seul acteur ;
- donner davantage de garantie sur la performance des projets, qui se conformeront aux critères et référentiels les plus exigeants. Les projets organisationnels sous-jacents doivent notamment être alignés sur les meilleures pratiques constatées sur le territoire national, voire à la lumière d'enseignements étrangers ;
- veiller à la bonne articulation des projets d'investissements portés par l'ensemble des acteurs du système de santé sur le territoire considéré : établissements de santé ; autres acteurs du champ sanitaire (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé) et établissements et services médico-sociaux. Il convient de mettre les investissements au service des coopérations et complémentarités au sein des deux secteurs sanitaire et médico-social et entre les secteurs ;
- tenir davantage compte du patrimoine existant. Le SRIS ne devrait pas conduire à une augmentation des immobilisations mais favoriser une valorisation des surfaces existantes ;
- intégrer les investissements immatériels dans la stratégie d'investissement ;
- bénéficier de la visibilité la plus complète possible sur la soutenabilité financière globale des projets d'investissement compris dans leur ensemble et non plus projet par projet.

Il est attendu des SRIS qu'ils favorisent une amélioration continue du pilotage des investissements sur ces axes.

## **2. Le contenu du schéma régional de l'investissement en santé**

Le document final qui devra être synthétique comportera quatre volets :

1. Un inventaire du patrimoine existant faisant apparaître un bilan des opérations d'investissement réalisées depuis dix ans ainsi que les capacités foncières ou immobilières mobilisables déjà disponibles pour répondre aux besoins identifiés par les ARS ou par des acteurs de l'offre de soins sanitaire ou médico-sociale.

Tout projet de reconstruction ou de développement d'un établissement de santé devant répondre à des besoins nouvellement identifiés devra par exemple être conditionné à l'analyse des capacités existantes et du potentiel de mobilisation d'investissements déjà réalisés pour y répondre. L'évolution des techniques ou des modalités de prise en charge des patients à l'hôpital (comme la diminution des durées d'hospitalisation en chirurgie ou l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires) doit être particulièrement analysée pour assurer que les investissements déjà réalisés ne sont pas en mesure de répondre à des besoins futurs.

2. Une analyse stratégique des besoins d'investissements menée en référence aux orientations du PRS, fondée sur l'étude des besoins de santé et visant à l'optimisation des parcours. Cette démarche conduira à identifier les investissements les plus adaptés pour répondre à ces besoins, quels que soient leur nature (immobilier, équipements médicaux, systèmes d'information) et leur secteur (ville, hôpital, médico-social).

À titre d'illustration, les besoins d'investissement en faveur de la prise en charge des personnes âgées ou personnes handicapées, qui peuvent relever des secteurs sanitaire (soins de suite et réadaptation et soins de longue durée) ou médico-social (établissements pour personnes âgées dépendantes, maisons d'accueil spécialisé), devront être évalués de manière transversale dans le cadre de ces schémas, conformément aux orientations du PRS.

3. Une cartographie présentant, par ordre de priorité, l'ensemble des projets programmés sur les champs sanitaire et médico-social comportant notamment des indications synthétiques sur leur opportunité, leur coût et leur plan de financement prévisionnels.

L'analyse stratégique des besoins d'investissement (point 2), rapprochée de l'inventaire de l'existant (point 1), définit un effort régional d'investissement qui doit être priorisé. En veillant à ce que les priorités ne soient pas fondées exclusivement sur des ordres d'opportunité et le degré d'avancement de tel projet ou tel autre mais structurées en fonction des objectifs à atteindre à l'échelle du territoire et en tenant compte de l'ensemble des projets en cours ou à venir.

4. Une étude d'impact financier global contenant notamment une analyse de la soutenabilité des scénarii au regard de la capacité d'autofinancement actuelle et prévisionnelle des établissements et des structures ainsi que des éventuels financements susceptibles d'être mobilisés sur les dotations régionales ou auprès des collectivités territoriales.

Les modes de financement des différents investissements sont actuellement très différents selon le secteur (sanitaire ou médico-social), la nature du projet ou encore la situation de l'établissement qui le porte (et notamment sa capacité propre de financement). Si cette réalité ne doit pas restreindre l'ambition de mise en cohérence de l'ensemble des investissements en santé d'une région, elle emporte néanmoins la nécessité que chaque projet soit économiquement viable et que ses coûts d'exploitation et de fonctionnement soient parfaitement anticipés et soutenables au regard du cadrage financier global.

Le contenu du SRIS devra donc être construit indépendamment des circuits de financement existants actuellement. Les schémas régionaux d'investissements en santé trouveront leur prolongement dans les dispositifs de sélection et d'arbitrage des projets d'investissement.

### 3. Le calendrier de réalisation du schéma régional de l'investissement en santé

La mise en place des SRIS se fera en deux temps :

a) Premier temps : diagnostic sur les projets d'investissement conduits depuis dix ans et identification des priorités d'investissement ayant un impact structurant sur l'offre de soins et médico-sociale à horizon dix ans.

L'objectif de cette démarche est de promouvoir dès à présent une approche territoriale des projets d'investissement susceptibles d'être conduits dans les dix prochaines années par les établissements des secteurs sanitaire et médico-social et les acteurs des soins de ville et tenant compte des investissements déjà réalisés ou en cours.

Il s'agira de hiérarchiser très strictement, sur la base des projets portés à votre connaissance, ceux d'entre eux qui sont jugés prioritaires au regard de la transformation de l'offre de soins et médico-sociale envisagée par l'ARS dans le PRS.

Un diagnostic préalable sera réalisé sous la forme d'un rappel des opérations en cours et de leur impact sur la réponse aux besoins.

Il conviendra de veiller à ce que la sélection, qui doit être d'autant plus stricte que le projet serait structurant pour l'offre de soins sur le long terme, ne se limite pas aux seuls projets du champ sanitaire, mais qu'elle puisse inclure des investissements relatifs à la prise en charge ambulatoire ou médico-sociale.

Cette sélection sera accompagnée d'une analyse synthétique sur l'apport de chaque opération pour le projet de territoire, son impact sur la promotion du parcours des patients, les modalités de sa réalisation en tenant compte du patrimoine et des capacités déjà existants.

L'ARS étudiera également de manière synthétique la soutenabilité de cette programmation indicative, qui pourra être actualisée notamment lorsque le SRIS sera finalisé. L'éventuelle mobilisation d'aides financières complémentaires aux échelons régional ou national devra respecter les priorités ainsi fixées.

Cette démarche sera achevée au plus tard pour le 15 juillet.

b) Second temps : élaboration d'un schéma stratégique et prospectif prenant en compte les besoins d'investissement en santé du territoire sur l'ensemble des secteurs.

Ce document contenant les quatre volets cités au point 2 sera élaboré au cours de l'année pour un point d'étape en décembre 2013.

Le groupe de travail précité aura pour mission de :

- définir le cadre général de ce schéma ;
- recenser les besoins d'appui aux ARS pour conduire cette démarche, en particulier les aspects relatifs au positionnement territorial, au patrimoine, au dimensionnement et à la soutenabilité financière. Les directions d'administration centrale ainsi que les opérateurs seront mobilisés pour diffuser les outils existants et, le cas échéant, en développer de nouveaux ;
- s'appuyer sur un processus pilote qui sera conduit dans quelques régions sélectionnées, bénéficiant d'un appui de l'ANAP.

La présente instruction sera complétée par :

- l'instruction DGOS relative à la mise en place du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) comportant notamment un volet relatif aux investissements hospitaliers ;

- l’instruction CNSA relative aux aides financières en faveur des investissements des établissements et services médico-sociaux.

Ces deux documents détermineront les conditions de l’articulation entre ces politiques d’intervention nationales et la démarche stratégique conduite par les ARS au titre du SRIS.

Pour la ministre par délégation :

*Le directeur général de l’offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général*  
*des ministères chargés des affaires sociales,*  
D. PIVETEAU

*La directrice générale de la cohésion sociale,*  
S. FOURCADE