



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Rapport

Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes

Établi par

Vincent LE TAILLANDIER DE GABORY
Conseiller général des établissements de santé

- Avril 2010 -

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Synthèse , recommandations | 4 |
| Introduction | 7 |
| 1. Une situation complexe, des enjeux forts | 8 |
| 1.1.Des structures de formation diversifiées | 8 |
| 1.2.Des infrastructures et des investissements spécifiques | 11 |
| 1.3.Les enjeux des équipements | 12 |
| 1.4.L'urgence de solutions compatibles avec l'état des finances publiques | 13 |
| 2. Un champ large de transfert qui laisse des marges de manœuvre aux régions | 14 |
| 2.1 L'équipement peut être assimilé à l'investissement | 14 |
| 2.2.La prise en charge dépend du statut juridique de l'institut | 16 |
| 2.3.La région détermine son niveau et ses modalités d'intervention | 16 |
| 2.4.Une responsabilité juridique encadrée..... | 17 |
| 3. De la compensation au financement permanent des investissements. | 18 |
| 3.1.Une compensation réelle , tardive qui favorise les instituts aux investissements recents | 18 |
| 3.2. Un état des lieux contrasté | 21 |
| 3.3 Le financement permanent des investissements | 22 |
| 4.L'amélioration de la politique régionale..... | 24 |
| 4.1 Le renforcement du pilotage régional. | 24 |
| 4.2 La clarification des relations entre la région et les gestionnaires..... | 28 |
| 4.3 La région: investisseur? | 27 |
| Annexes | 30 |

Synthèse

La loi de décentralisation du 13 août 2004 transfère aux régions le financement de l'équipement des écoles et instituts paramédicaux et de sages-femmes. Ce volet particulier de la réforme s'est heurté à des difficultés sérieuses d'interprétation et d'application qui ont le plus souvent paralysé les décisions d'investissement. Le gel des projets n'est pas compatible dans la durée avec le bon fonctionnement des établissements de formation, la mise en place du dispositif: licence, maîtrise, doctorat (LMD). Par ailleurs il crée des relations peu satisfaisantes entre les différents acteurs concernés : l'Etat, les collectivités territoriales, les universités, les établissements supports dont les hôpitaux publics, les instituts de formation.

Ce rapport exploratoire clarifie les principales interrogations et propose un cadre plus solide et consensuel au financement de ces investissements. Les dix recommandations formulées sont très dépendantes de l'évolution globale de la décentralisation des formations sanitaires.

Le champ d'intervention des régions

Au de là des investissements mobiliers, les collectivités territoriales ont-elles l'obligation de financer les projets immobiliers ? L'analyse juridique, l'esprit de la décentralisation plaident pour une lecture large, d'autant plus que les régions conservent une marge de manœuvre significative sur le choix du niveau et les modalités d'intervention. Cette incertitude préalable doit être levée définitivement avec une autorité suffisante afin de sortir de la situation confuse actuelle.

Les conditions de financement des investissements

La question initiale porte sur les conditions d'application de la compensation, principe constitutionnel selon lequel: «Tout transfert de compétence (vers les collectivités territoriales) s'accompagne de l'attribution des ressources équivalentes» Pour ces équipements, la compensation s'est opérée réellement mais avec retard et surtout sur la base des dépenses générées par les investissements déjà réalisés conduisant à favoriser les instituts les plus récents. Six ans après la loi de décentralisation Il est souhaitable que ce processus d'ajustement s'achève en 2010. Cette expérience difficile démontre l'importance des études d'impact préalables aux réformes complexes, la nécessité pour le ministère de la santé (Direction générale de l'offre des soins) se doter d'une compétence identifiée et stable sur ce champ des transferts, des relations avec le ministère de l'intérieur, les collectivités territoriales.

Pour l'avenir, le sujet central concerne l'ampleur et les conditions de financement permanentes des investissements. Un premier bilan des régions témoins fait état de situations inter et infra régionales très contrastées qui doivent être confirmées si nécessaire par une évaluation méthodique des besoins. La place de l'Etat dans le financement et la gouvernance future des formations sanitaires découle d'un choix plus général entre le modèle totalement décentralisé ou le maintien du schéma mixte actuel de partage des responsabilités. Dans cette dernière hypothèse qui est recommandée, la puissance publique maintiendrait son intervention financière pour garantir la qualité des formations, l'équité d'accès sur le territoire national. La nature de ces dépenses tournées vers l'avenir justifie d'explorer rapidement le rattachement du financement au grand emprunt national.

L'amélioration des politiques régionales d'investissement

La position de la région est appelée dans toutes les hypothèses à se renforcer comme pilote central du dispositif associant dans une gouvernance qui reste à définir l'agence régionale de santé, l'université et les établissements de formation. Parallèlement, le schéma régional des formations sanitaires peut devenir un véritable outil de planification des implantations, des capacités et des investissements.

Après une période d'apprentissage de cinq ans, le dialogue de gestion entre les collectivités territoriales et les établissements supports s'est établi sur des bases pas toujours satisfaisantes. Pour établir des relations plus confiantes, il est préconisé d'adapter la réglementation afin de les inscrire dans une dynamique contractuelle et pluriannuelle. Dans l'immédiat il n'apparaît pas utile d'engager le transfert de la propriété des équipements et de la gestion des investissements aux régions même si les expérimentations en cours peuvent préparer des évolutions ultérieures.

Les recommandations

- 1) Pour asseoir définitivement une règle et application unique, la future loi de clarification des compétences des collectivités territoriales confirme que « la région a la charge obligatoire du financement et de l'investissement des instituts de formation paramédicaux »
- 2) Etudier la faisabilité d'unifier le financement des instituts publics et privés
- 3) Achever en 2010 la compensation du transfert initial.
- 4) A l'avenir, identifier au sein de la direction générale de l'offre de soins, une compétence unique dédiée au suivi des transferts, aux relations avec le ministère de l'intérieur, les collectivités territoriales.
- 5) Conduire si nécessaire une estimation nationale des besoins à partir d'une méthodologie rigoureuse en termes de collecte et d'interprétation.
- 6) Déterminer une participation financière et ciblée de l'Etat en fonction de sa stratégie de qualité et d'égalité des formations sur le territoire national.

- 7) Rattacher les financements au plan de relance alimenté par le grand emprunt national.
- 8) Mettre en place une gouvernance régionale pour coordonner les politiques de formation et d'investissement entre l'Etat la région, l'université, les établissements de formation.
- 9) Faire du schéma régional des formations sanitaires un outil de planification des implantations, capacité et investissements.
- 10) Adapter le décret budgétaire du 29 juin 2005 afin d'améliorer la transparence de la gestion du patrimoine et des investissements, faire évoluer les relations entre les partenaires dans un sens pluriannuel et contractuel.

Introduction

La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (LRL), dans son titre III article 73, transfère à la région « la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts¹ » paramédicaux et de sages-femmes.

Le contexte

Cette disposition s'inscrit dans «l'acte II la décentralisation». Selon l'exposé des motifs, l'ambition est de rapprocher les décideurs du citoyen, de clarifier les compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales. Si l'Etat garde «la capacité de fixer des règles minimales, de procéder au contrôle de légalité, dans les domaines transférés, il ne sera plus acteur (principal), les collectivités territoriales se substituant à lui et disposant des moyens financiers, des ressources humaines qu'il consacrait à l'exercice des missions transférées»

Dans le domaine des formations paramédicales il en va ainsi L'Etat conserve la régulation d'ensemble, délivrance des diplômes, définition des contenus des programmes et des effectifs d'étudiants, la région devient le pilote central du dispositif sur le terrain local, en délivrant les autorisations de création, agréant les directeurs d'école, répartissant les quotas entre instituts et en les finançant. Cette décentralisation esquisse des blocs de compétence et de gestion au sein du domaine des formations paramédicales mais reste partielle. Ce modèle mixte a conduit nécessairement à des questions de frontières.

Les motifs de la mission

Six ans après la loi de décentralisation, le transfert de ces formations est effectif. Mais les conditions de financement des investissements suscitent toujours des interrogations Elles conduisent la plupart des régions à suspendre leur décision de financer, les établissements à geler les projets, dans l'attente d'une clarification. La loi est appliquée sur le terrain diversement donnant une impression générale de confusion.

La difficulté avait été identifiée dès 2005². Mais c'est la Mission IGAS-IGA-IGF³ qui après avoir constaté «que l'ambiguïté de la loi LRL inquiète à juste titre les régions au regard des dépenses à venir» recommande à l'administration de clarifier ce sujet. En sa séance du 27 novembre 2008, le président de la Commission consultative d'évaluation des charges (CCEC) a souligné les difficultés des régions de financer les constructions et les modernisations des instituts dans ce contexte. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) s'engage en conséquence

¹ Les termes « institut et école, étudiants et élèves » sont synonymes dans ce rapport

² Rapport au ministre du travail : « Mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales » : Philippe Chevreul, février 2005. Rapport au Sénat « Décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage » Roger Karoutchi, juillet 2006

³ « Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides des étudiants. » janvier 2008

« à mener une réflexion avec l'Association des régions de France afin d'améliorer les conditions de prise en charge des investissements des instituts ». Elle missionne, par courrier du 27 avril 2009⁴, un conseiller général des établissements de santé (CGES) à cette fin.

Ce rapport rend compte des résultats de la mission.

La méthode

Elle s'attache à répondre à la feuille de route « A partir de l'évaluation de la situation de quatre régions représentatives et d'une analyse des différents modèles envisageables, vous proposerez un schéma cohérent de gestion et de fonctionnement des investissements dans les IFSI et les mécanismes financiers qui en découlent ».

Deux sources principales d'information ont été utilisées :

- Au niveau national, les ministères (Santé, Intérieur, Enseignement Supérieur), et les principales organisations professionnelles concernées (Fédération hospitalière de France, La Croix-Rouge Française, Le Comité d'entente et de formation des infirmiers et des cadres, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ...), un cabinet consultant KPMG ont été entendus⁵. L'Association des régions de France (ARF) a facilité l'accès à l'information et les contacts en région.
- Quatre régions, sélectionnées avec l'ARF pour leur caractère représentatif⁶, ont donné lieu à une étude plus fine : Bourgogne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Lorraine. Dans chacune d'entre elles, nous avons rencontré : l'Agence régionale d'hospitalisation, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, la Région (Direction générale des services et Direction de la formation), les principaux établissements publics et privés concernés à l'occasion de séances de travail (réunissant au total une centaine de personnes). Une enquête complémentaire et légère sur huit autres régions⁷ a permis de recouper les données.

Pour cette mission, nous avons bénéficié de la collaboration d'un chargé de mission à quart de temps.⁸

Les axes

Identifier les acteurs et les problématiques clés, proposer des solutions à court et moyen terme, telle est la démarche qui vise à clarifier et à faciliter les

⁴ Annexe I : lettre de mission

⁵ Annexe II : liste des personnes rencontrées

⁶ Accueillant 19% des étudiants en formation

⁷ Alsace, Auvergne, Champagne Ardennes, Franche Comté, Haute Normandie, Ile-de-France, Picardie, Rhône Alpes, mais seulement sept réponses sont exploitables (représentant 26,2% des élèves formés)

⁸ Eric Sanzalone, chargé de mission à DHOS – sous direction: RH

investissements dans le secteur stratégique de la formation des soignants. Elle conduit à dix recommandations

Trois questions majeures et complémentaires se posent :

- ➔ Sur le plan juridique, quel est le champ exact de l'intervention des régions?
- ➔ Peut-on chiffrer les besoins à couvrir, la charge budgétaire et le partage financier qui en découleraient?
- ➔ Quelle est la nature du pilotage régional, actuel et souhaitable de ces investissements?

1 Une situation complexe, des enjeux forts

Au préalable, il convient de prendre la mesure du sujet, de sa spécificité.

1.1. Des structures de formation diversifiées

- **La loi concerne l'ensemble des écoles et instituts de formations paramédicales**, de sage-femme, de préparateur en pharmacie⁹. Ce périmètre comprend dix huit filières de formation, préparant :
 - aux professions de sages-femmes,
 - aux professions paramédicales réglementées : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier, diététicien, préparateur en pharmacie;
 - aux professions non réglementées : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire, dont trois sont le monopole de l'université : les orthoptistes-orthophonistes, les audioprothésistes et les diététiciens, hors de notre étude centrée sur les seules formations délivrées par le Ministère de la santé.

Tableau 1: La situation en 2007 ¹⁰

| Métiers | Inscrits | Ecoles ou instituts | Etablissements supports ¹¹ |
|---|----------------|---------------------|---------------------------------------|
| Infirmier, infirmier spécialisé | 59 036 | 456 | |
| Aide soignant et auxiliaire de puériculture | 23 642 | 552 | 314 publics 141 privés |
| Autres | 47 908 | 152 | |
| Total | 130 586 | 1 160 | 455 |

- **Des instituts à faible autonomie, le plus souvent gérés par des établissements hospitaliers**

On distingue les instituts, unités fonctionnelles et pédagogiques de chaque filière de formation, bénéficiant d'une autorisation mais sans autonomie juridique, des établissements supports qui les administrent¹². Un établissement gère en moyenne

⁹ Articles L 4383-3, L 4151-9, L 4244-1 du CSP

¹⁰ DRESS « la formation aux professions de santé en 2007 » Document de travail, (hors formation de préparateurs en pharmacie)

¹¹ Source : DHOS, E4

¹² Sauf cas rare où la structure juridique se confond avec l'école, les centres de formation gérés par l'Education nationale étant hors de cette étude

une à deux écoles, mais un centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) peut avoir la responsabilité d'une dizaine de formation. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris accueille 8000 étudiants dans 28 écoles dont 18 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

- 70% des écoles sont de statut public gérés pour l'essentiel par des établissements publics de santé (EPS), syndicats inter hospitaliers, (301/314¹³).
En leur sein, les écoles ont une organisation et une implantation définies. Leur directeur maintenant agréé par le président du Conseil régional a essentiellement une vocation pédagogique. Mais «sous l'autorité de l'organisme gestionnaire ou de son représentant légal lorsque l'institut de formation n'a pas la personnalité juridique, il participe également à la gestion administrative et financière ainsi qu'à la gestion des ressources humaines de l'institut qu'il dirige»¹⁴. A la suite de la décentralisation, le budget des écoles a été individualisé en un budget annexe (dit C).¹⁵ qui permet de clarifier leur gestion interne, faciliter le dialogue avec la région, nouveau financeur.
- Les établissements privés sont le plus souvent autonomes (associations loi 1901), ou adossés à un établissement privé hospitalier associé au service public. La Croix-Rouge Française, par son histoire, sa taille et son fonctionnement a une place à part. Dans les filières paramédicales, elle forme actuellement 13.800 étudiants, 12% de l'effectif national d'infirmiers, dans 84 écoles. La gestion est nationale, coordonnée et animée par 20 instituts régionaux de formation sanitaire et sociale.

1.2 Des infrastructures et des investissements spécifiques

- **Un patrimoine surtout immobilier, de taille modeste et dispersé**

Un institut accueille en moyenne 100 à 200 élèves sur 600 à 1600 m²¹⁶. Cet espace comprend des salles de cours, un amphithéâtre, un centre de documentation éventuellement des locaux de restauration et d'hébergement (foyer). L'équipement mobilier coûteux est constitué pour l'essentiel du matériel informatique.

L'Observatoire du patrimoine des établissements de santé ¹⁷ estime que les seules écoles gérées par les établissements publics hospitaliers couvrent une superficie de 997 000 m²¹⁸, soit environ 2% du patrimoine hospitalier public. Par extrapolation, la superficie totale consacrée au dispositif public et privé de formation pourrait être de l'ordre de 1 300 000 à 1 400 000 m². En 2008, la valeur comptable du patrimoine de ces écoles publiques, selon le bilan de sortie des comptes des EPS, est de 439 500 000€, soit 0,58% du patrimoine hospitalier total.

¹³ Les autres structures sont les groupements d'intérêt public

¹⁴ Art 6 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier....

¹⁵ Décret du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation.

¹⁶ Les ratios constatés varient en moyenne entre 6 à 10 m² par étudiant

¹⁷ Ministère de la santé, DHOS, E4

¹⁸ En surface hors œuvre

Sur le plan physique, les écoles, résultats de l'histoire et des circonstances, sont géographiquement dispersées au sein des établissements et de la région¹⁹. Le caractère professionnalisant de ces instituts a développé les particularités et souvent cloisonné les locaux et les fonctionnements.

Tableau 2: un exemple de dispersion hospitalière: le CHRU de Besançon²⁰

| |
|--|
| Composition: 6 instituts, 9 formations |
| Implantation géographique 3 sites: Saint Jacques, Tilleroyes, Faculté de Médecine |
| Superficie: 1 155m ² soit 12m ² par étudiant |
| → De forte capacité de mutualisation avec des effectifs importants : 6 directeurs des études, 8 secrétariats, 9 conseils pédagogiques, 5 bibliothèques |
| → Un projet physique de regroupement qui peut avoir une forte efficacité. |

1.3 Les enjeux des équipements

Ces enjeux sont importants pour tous les acteurs nationaux et locaux.

- **Les équipements ont un effet direct sur la qualité et l'adaptation de la formation.**
- Les équipements contribuent directement à la bonne marche des instituts.

Pour les 140000 étudiants et enseignants, il s'agit de leurs conditions matérielles de vie et de travail, au quotidien. Elles influencent la pédagogie, les résultats des étudiants au cours de leur scolarité, le plan national de rénovation des universités « Plan Campus » a ainsi insisté sur « le développement de la vie du campus ». L'espace de formation doit devenir un lieu d'épanouissement pour l'ensemble de la communauté éducative.

- La réussite des réformes nationales nécessite toujours un accompagnement en termes de logistique.

Ainsi, la politique d'augmentation rapide des quotas des IFSI (30 000 places offertes) depuis 2003-2004 a été contrariée dans certaines régions par des locaux insuffisants²¹. Aujourd'hui Midi Pyrénées qui prévoit une croissance à cinq

¹⁹ Annexe III : Un exemple de dispersion régionale : les implantations d'instituts en Bourgogne

²⁰ « Étude de faisabilité d'un institut multi filière pour les formations sanitaires de Besançon » M. Quillot Consultant, sept 2008

²¹ Et d'effectifs d'enseignants, ou par le déficit d'attractivité de la profession, en particulier dans le quart nord est de la France : DRESS « les étudiants en soins infirmiers en 2004 » études et résultats ; janvier 2006

ans de 40% de ses capacités doit calibrer les locaux en conséquence. L'impact est naturellement significatif à partir d'un certain volume d'étudiants supplémentaires.²²

La reconnaissance du cursus de formation des professionnels paramédicaux dans le cadre du système «licence-maîtrise-doctorat» (LMD) est rentrée en application à la rentrée 2009, pour les 330 écoles d'infirmiers. Elle réoriente fortement la pédagogie. Un double effet est attendu en terme d'investissement: L'aménagement des locaux existants pour faciliter les travaux de groupe, la mise en place de réseau de télé-enseignement afin d'assurer «l'universitarisation » du programme.

- **Les équipements sont des leviers des politiques locales.**

- La loi LRL a permis à la région de devenir l'acteur central de la politique de formation professionnelle au sens large. Sa nouvelle compétence sur le champ paramédical, par ses liens avec l'emploi, la formation professionnelle, l'aménagement du territoire lui donne un rôle technique et socio politique majeur²³. La question de la pleine maîtrise de l'équipement paramédical est maintenant suivant l'exemple des lycées, des centres de formation professionnelle pour adultes.
- Les établissements publics de santé sont attachés à ces écoles, par leurs missions traditionnelles d'enseignement (pas seulement en CHU) mais aussi par les facilités de recrutement, le rayonnement local qui en découlent. Mais, depuis les années quatre vingt, ils investissent moins. Aujourd'hui, dans de nombreux cas, l'école est devenue un problème par son état immobilier, sa localisation frein éventuel à une réorganisation interne ou une cession d'actif.

1.4 L'urgence de solutions compatibles avec l'état des finances publiques

L'absence de règles du jeu claires a conduit à une position « attentiste » de la plupart des décideurs même si nous avons constaté sur le terrain des régions volontaristes (Bourgogne, Midi Pyrénées) mais minoritaires. Pour assurer la sécurité des biens et des personnes, permettre la campagne de renouvellement des autorisations, plus globalement pour maintenir la qualité de ce dispositif, il y a urgence à sortir de la situation actuelle.²⁴

Les contraintes qui pèsent sur l'ensemble des finances publiques rendent les choix plus difficiles. Le déficit et le niveau de l'endettement de l'Etat aggravés par la crise, le resserrement, depuis plusieurs années, des marges de manœuvre des

²² De 20 à 30 élèves conduisant au moins à une classe supplémentaire.

²³ La définition des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales en 2006-2007 ont permis aux régions d'afficher clairement leur ambition comme pilote régional sur ce champ

²⁴ D'autant plus que les délais en matière de construction, même pour des projets de moyenne dimension, sont naturellement long

collectivités locales enfin la situation financière souvent tendues des établissements publics de santé²⁵ doivent être prise en compte. L'investissement public reste cependant un outil conjoncturel efficace par ses effets sur la croissance économique: Ainsi :

- L'Etat vient de lancer un grand plan de relance par des investissements innovants, appuyés sur un emprunt de 35Mds€
- Les régions prévoient de verser en 2009 environ 5,3 Mds€ de subvention d'équipement, un niveau similaire à celui de 2008²⁶.
- Les établissements de santé mettent en place un nouveau plan d'investissement: H 2012 de 10 Mds €.

2 Un champ large de transfert qui laisse des marges de manœuvre aux régions

L'incertitude majeure dans l'application de la décentralisation porte sur le champ du transfert financier : la région doit-elle prendre en charge obligatoirement le financement de tous les équipements mobiliers comme immobiliers? Quelle est leur part de libre administration? La question n'est pas académique, le poids de l'immobilier étant majeur.

2.1. L'équipement peut être assimilé à l'investissement

Les débats parlementaires ne laissent pas de doute sur le fait que le législateur a considéré que le transfert porte sur des biens meubles et immeubles.

Le projet de loi (art. 58) présenté en octobre 2003, laissait les collectivités territoriales se déterminer librement «la région pourra participer à des opérations d'investissement prévus dans le cadre du plan Etat-Région». Les débats au Parlement comme au Sénat ont conduit à la formulation plus contraignante de l'article 73 : la région « a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts ». Les avis des commissions²⁷ comme les discussions en séance n'ont jamais introduit de distinction entre la nature des investissements. Ainsi, le 2 mars 2004, à l'Assemblée nationale, M. Paul cite «la charge financière de fonctionnement et d'investissement des centres de formation». Le même jour, M. Vaxès note que la région prendra en charge «la responsabilité des structures de formation: bâties et matériels pédagogiques et médicaux». Ces déclarations n'ont entraîné ni remarque, ni contestation de la part du Gouvernement ou des parlementaires.

²⁵ DRESS « en 2006, les hôpitaux en déficit » Etudes et résultats, mars 2009. en 2006 un hôpital sur deux était en déficit, en 2008, 40%.

²⁶ Rapport de l'Observatoire des finances locales : les finances des collectivités locales en 2009, par ailleurs elles ont dépensées en 2008 : 4,3 Md€ en équipements (directs)

²⁷ Avis de Md Bocandé faite au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 22 octobre 2003

Par ailleurs, le Conseil d'Etat considère, par sa décision du 18 octobre 2006 «Pays de Loire» que la loi a bien prévu que la région, par sa subvention annuelle, contribue au financement de tous les investissements quelque soit leur nature. Le décret du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation²⁸ «en prévoyant que les charges d'exploitation prises en compte pour le calcul de la subvention de fonctionnement à la charge de la région comprennent les charges financières relatives aux emprunts contractés pour les investissements des écoles... ainsi que les dotations aux comptes d'amortissements des biens meubles ou immeubles nécessaires à la réalisation des activités de formation» n'a pas méconnu la loi LRL.

Dans cette même logique, l'art R 714-3-60 organise les relations entre gestionnaires et région à partir du concept global d'investissement, sans distinguer ses composantes « les prévisions annuelles d'investissements relatifs aux écoles ainsi que les modalités de financement envisagées sont identifiées dans un état récapitulatif transmis au Conseil régional. La comptabilité distingue les opérations d'investissement en dépenses et en recettes, imputables aux écoles ».

Plus généralement, cette interprétation est en cohérence avec l'esprit et le processus de la décentralisation qui vise à mettre un terme à la cogestion des politiques publiques.²⁹ Elle dégage progressivement des blocs de compétence en particulier en matière de formation professionnelle. Enfin, le maintien d'un financement distinct selon la nature des équipements serait peu lisible et fonctionnel.

Les limites

- Les écoles, les établissements supports restent propriétaires du foncier et des équipements. En 2004, il n'est pas apparu opportun, ni possible d'aller au-delà du transfert des financements.
- Le périmètre physique pris en charge (à titre obligatoire) se restreint aux locaux d'enseignement à l'exclusion des foyers d'hébergement et des locaux de restauration « qui relèvent des politiques d'établissement »³⁰.

Recommandation n°1: Pour asseoir définitivement une règle unique et permettre son application générale, la loi de clarification des compétences des collectivités territoriales³¹ confirme que «la région a la charge obligatoire du financement du fonctionnement et de l'investissement des instituts de formation paramédicaux».

²⁸ De certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

²⁹ cf. JP Shosteck, Sénat rapport n° 31 déposé le 22 octobre 2003 à la commission des lois. Il cite la gestion des lycées comme exemple de clarification

³⁰ Courrier du ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire du 31 janvier 2006 au président de l'AR

³¹ Cette loi doit intervenir dans un délai de 12 mois suivants la publication de la loi de réforme des collectivités territoriales voté en première lecture au Sénat en février 2010

2.2 La prise en charge dépend du statut juridique de l'institut

Pour éviter à l'occasion de la décentralisation d'augmenter les dépenses à la charge de la collectivité régionale, la loi a maintenu des différences de traitement selon les types d'écoles.

Avant la loi LRL, le financement des écoles était le suivant:

- dans le secteur public hospitalier, (et pour les établissements privés participant au service public hospitalier) une dotation globale et unique, allouée par l'Assurance maladie, couvre l'ensemble de la dépense hospitalière.
- dans le secteur privé autonome, une subvention de l'Etat finance la formation. Mais, elle ne prend pas en charge la totalité des dépenses, ces écoles bénéficiant par ailleurs de ressources spécifiques (frais de scolarité plus élevée, fonds propres).

La loi LRL maintient cette distinction: «la prise en charge du fonctionnement et de l'équipement» par la région est obligatoire pour les seules écoles publiques. Par contre, elle «peut (seulement) participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces écoles lorsque elles sont privées», à la hauteur des fonds engagés précédemment par l'Etat.

Pour les écoles autorisées à la date du décret du 30 mars 2006, la continuité du financement est assurée jusqu'à la date de renouvellement de leur autorisation de cinq ans (soit avril 2011), la région étant « substituée à l'Etat dans ses droits et obligations relatifs au fonctionnement et à l'équipement des écoles »³². Au cours de cette mission, des difficultés importantes sur ce point n'ont pas été constatées, mais on peut s'interroger sur la justification du maintien de cette différence ³³.entre des structures de plus en plus similaires en termes de service rendu, d'obligation

Recommandation n°2: Etudier la faisabilité d'unifier le financement des instituts publics et privés.

2.3. La région détermine son niveau et ses modalités d'intervention

La collectivité territoriale finance les équipements selon différents scénarii. Les pratiques régionales sont très variables.

³² Art 73, art XI de la loi LRL

³³ Avec des écarts de financement qui peuvent aller de un à quatre (source KPMG)

Tableau 3: Typologie des interventions régionales

| Modalités d'intervention | Financement du budget annexe par subvention d'équilibre | Financement du budget annexe par subvention d'équipement |
|-------------------------------------|---|--|
| Mécanisme comptable | Inscrit en charges d'amortissement frais financier, location pour un investissement antérieur | Inscrit en recette à affecter pour un investissement futur |
| Avantages pour la région | Etalement dans le temps | Maîtrise du choix, des modalités, visibilité sociale et politique |
| Inconvénients pour la région | Peu de maîtrise, rigidité temporelle, peu de visibilité | Effet mécanique sur le budget d'exploitation: amortissement, frais financier |

2.4. Une responsabilité juridique encadrée

- **Etendue et limites de la responsabilité régionale**

Les nouvelles compétences réglementaires et financières de la région sur les équipements mobiliers et immobiliers lui donnent une responsabilité juridique, mais aussi politique.

Le pouvoir que détient le président de la collectivité d'autoriser la création des écoles paramédicales et de sages-femmes, après avis du représentant de l'Etat, pour une durée de cinq ans, l'oblige à s'assurer que les conditions matérielles respectent les normes en vigueur, sont adaptées aux capacités prévues.

- Au moment de la création ou du renouvellement de l'autorisation, l'autorité régionale doit s'assurer que l'institut dispose « de locaux et de matériels techniques, informatiques et pédagogiques adaptés à l'enseignement ainsi qu'au diplôme préparé »³⁴. Pour cela, il examine un dossier complet: les plans détaillés des locaux, l'avis favorable de la commission départementale de sécurité et d'accessibilité, la description du centre de ressources multimédia et documentaire, les matériels pédagogique
- En permanence, le non-respect des dispositions législatives et réglementaires peut conduire au retrait de l'autorisation initiale. La région doit exercer cette mission dans un contexte de normes techniques de plus en plus contraignantes sécurité incendie sur les bâtiments recevant du public (les écoles sont classées dans la catégorie R), accessibilité des locaux³⁵, obligations environnementales³⁶.

³⁴ Article 14, arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmiers... et aux agréments de leur directeur.

³⁵ Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006

Mais ces obligations sont bornées. Elles s'arrêtent là où commencent celles du chef d'établissement. Ce dernier assure le bon fonctionnement de la structure en tant qu'exploitant et propriétaire, il dispose du pouvoir réglementaire interne. Il est responsable direct des dommages liés à l'ouvrage public, en assure la réparation, de même que ceux causés par le mauvais fonctionnement matériel comme pédagogique de l'établissement. Il est tenu « tant au moment de la construction qu'au cours de l'exploitation de respecter les mesures de prévention et de sauvegarde propres à assurer la sécurité des personnes »³⁷.

- **Une responsabilité pénale exceptionnelle**

Elle peut être engagée dans un cas particulier: à la suite d'un dommage causé par le refus d'accorder des crédits nécessaires. Ce délit non intentionnel est établi « en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales, compte tenu de ses compétences ainsi que du pouvoir et de moyens dont il disposait »³⁸.

En pratique, le président du Conseil régional, ses collaborateurs peuvent être poursuivis pour ne pas avoir financé un équipement qu'il savait être défectueux ou qu'ils ne pouvaient pas ignorer par exemple à la suite d'alerte du directeur d'établissement pour avoir autorisé ou maintenu en fonctionnement un institut ne remplissant pas les conditions de sécurité requises.

Ce risque est sérieux³⁹, partagé par d'autres autorités⁴⁰, mais la jurisprudence en la matière reste exceptionnelle.

3. De la compensation au financement permanent des investissements.

3.1. Une compensation réelle mais tardive qui favorise les instituts aux investissements récents

- **Les principes**

Selon l'article 72-2 de la Constitution,⁴¹ « tout transfert de compétence s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice ». ⁴² Ce principe vise à protéger l'autonomie des collectivités locales.

³⁶ A la suite notamment du Grenelle de l'environnement

³⁷ Art R 123-3 du code de la construction et de l'habitation. « La sécurité incendie dans un établissement de santé » Valériane Dujardin, Les études hospitalières 2002

³⁸ Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000, tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

³⁹ Direction des affaires juridiques. Région Midi Pyrénées, note interne

⁴⁰ Comme le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, autorité de financement des établissements de santé.

⁴¹ Loi 2003-276 du 28 mars 2003, relative à l'organisation décentralisée de la République

⁴² Art 119, 121 de la loi LRL, article L1614-1 à 7 du code général des collectivités territoriales

La compensation doit respecter quatre dispositions, être :

- Intégrale : les ressources transférées couvrent toutes les dépenses effectuées par l'Etat au titre des compétences obligatoires, transférées à la date du transfert. Ces charges font l'objet d'une évaluation préalable.
- Concomitante: tout accroissement des charges résultant des transferts de compétence est accompagné du transfert simultané des ressources nécessaires.
- Evolutive: le niveau des ressources arrêtées au moment du transfert est garanti dans le temps.
- Contrôlée: les accroissements de charges résultant des transferts sont constatés par arrêté interministériel, après avis de la commission consultative sur l'évaluation des charges (CCEC).

- **Les difficultés d'application au domaine des investissements**

Ces règles ont rencontrées des difficultés générales d'application⁴³: absence de budget annexe des écoles avant 2005, comptabilité analytique insuffisante dans beaucoup d'établissements, incertitude du pilotage national de cette réforme, mais aussi spécifiques aux investissements.

- L'assiette de référence

Elle est constituée des dépenses supportées en 2006 par les établissements supports. Celles-ci comprennent selon les règles budgétaires applicables aux EPS les seules charges d'amortissement de frais financier et de location, entraînées par des décisions d'investissements antérieures et non pas les dépenses directes d'investissement de l'année. En clair, Le niveau des ressources transférées a donc été d'autant plus important que l'équipement est récent. Les aides en capital accordées antérieurement par l'Etat n'ont pas été prises en compte du fait de leur caractère exceptionnel. D'autres méthodes étaient théoriquement envisageables comme le financement sur la base d'un coût forfaitaire moyen par étudiant mais elles exigeaient des informations et une préparation suffisante. Ainsi, par exemple, le transfert des routes aux départements s'est effectué à partir de ratio moyen reflétant le coût réel d'entretien de l'infrastructure.

- L'individualisation technique et comptable des charges.

Cette évaluation des charges d'investissement a connu un traitement particulier. Elle a été tardive, la priorité étant accordé au règlement des postes de dépenses les plus lourds, masse salariale, bourses. Elle a été également plus difficile par l'imbrication des locaux, des programmes d'investissement hospitaliers,

⁴³Analysé par la Mission IGAS-IGA-IGF

l'absence de listes précises des opérations en préparation ou en cours. Ceci a conduit à une régularisation progressive des projets oubliés, sous-évalués ou surévalués⁴⁴. Ainsi, l'arrêté du 24 mars 2009 abrogeant l'arrêté du 17 août 2006 constatant le montant du droit à compensation à la suite des recommandations de la Mission IGAS-IGA-IGF, relève sensiblement le montant initial de la compensation. Il répond globalement aux demandes des régions. Les réclamations sur les dossiers d'investissement ont été prises en compte pour partie. Mais au 1^{er} avril 2010, un nouvel arrêté de compensation était toujours en préparation à la suite des réclamations de l'Alsace et du Limousin.

• Appréciations et propositions

La compensation des charges d'investissement a été effectuée, nous semble-t-il pour l'essentiel, les litiges entre l'administration et les régions restent aujourd'hui mineurs. Six ans après la loi, il n'est pas souhaitable de poursuivre les ajustements au-delà de 2010, sur des bases de plus en plus fragiles au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la date du transfert.

Les régions ont pallié d'elles-mêmes le déficit initial d'information. La loi prévoyait la transmission de « toutes les informations permettant le transfert en connaissance de cause de la charge du fonctionnement de l'équipement des écoles ». ⁴⁵ Elle n'a pas pu se faire en l'absence d'inventaire de l'état général du patrimoine immobilier. Les EPS ne disposaient pas, sauf exception, d'outil informatique permettant un recensement et un suivi adéquat⁴⁶. Par contre, depuis 2006, les régions ont conduit dans la majorité des cas ces évaluations sous la forme d'un diagnostic technique complet ou du recensement des projets. La mutualisation de ces méthodes et informations serait utile au niveau national, associant tous les professionnels concernés.

- Par contre, tirant toutes les leçons de cette expérience, il est indispensable qu'à l'avenir, la mise en œuvre de la compensation soit préparée et négociée avec les représentants des régions en amont sur la base d'études d'impact indiscutables. En effet, le droit à compensation s'applique également si la loi étend des compétences déjà décentralisées ou si le pouvoir réglementaire modifie par décret des règles relatives à l'exercice des compétences transférées⁴⁷. La mise en place de la réforme du LMD a ainsi donné lieu à une compensation inscrite au PLF 2010 de 6,91M€ permettant le financement des équipements de visioconférence (pour 1,4M€), la prise en charge des aménagements immobiliers étant rattachée à la question plus large de l'investissement objet de ce rapport.
- La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, devenue direction générale de l'offre de soins (à partir du 6 avril 2010) gère ces

⁴⁴ ou surévalué par exemple, l'AP-H P imputait sur son budget annexe des amortissements générés par des investissements de plateaux techniques voisins

⁴⁵ Obligation législative prévue par la loi LRL : art 73 alinéa VII

⁴⁶ Ni l'ARH ou le ministère. Mission d'audit de modernisation « Rapport sur la politique immobilière des établissements publics de santé » IGAS-IGF, juin 2007

⁴⁷ Art L 1614-2 du CGCT

questions au sein de deux sous directions : les ressources humaines, le financement, au fil de l'eau sans compétences spécialisées ni stables rendant la continuité et le dialogue avec les partenaires extérieurs plus difficiles. La mise en place d'une nouvelle direction générale permet de repenser le mode de traitement, son importance plus qualitative que budgétaire⁴⁸

Recommandation n°3: Achever en 2010 la compensation du transfert initial

Recommandation n°4 : Identifier au sein de la direction générale de l'offre de soins une compétence unique, dédiée au suivi de la décentralisation (étude d'impact, accompagnement budgétaire), aux relations avec le ministère de l'intérieur et les collectivités territoriales

3.2. Un état des lieux contrasté

Le bilan est difficile en l'absence d'inventaire du patrimoine. Le diagnostic effectué ici s'appuie sur des données comptables et l'état des lieux déclaré par les seules régions témoins, il est donc partiel mais il permet de dégager quelques tendances d'ensemble.

- **Le niveau des dépenses consacrées aux investissements est limité mais s'accroît dans le temps.**

Il est apprécié à partir des informations disponibles: les budgets annexes (de fonctionnement) des écoles des établissements publics de santé.

Tableau 4 : Poids des investissements dans le budget des écoles 2006

| Dépenses | % du total |
|---------------------------------|------------|
| Frais financier + amortissement | 4 % |
| Location | 0,64% |
| Entretien | 0,41% |

En 2006, 5 % des charges des écoles, et donc des ressources transférées étaient consacrées au maintien et au renouvellement des installations.

⁴⁸ Les budgets des écoles représentant moins de 1% des finances traités par la DGOS

Tableau 5 : Comparaison du poids des investissements (C 66+68) dans le budget des écoles et des établissements publics de santé

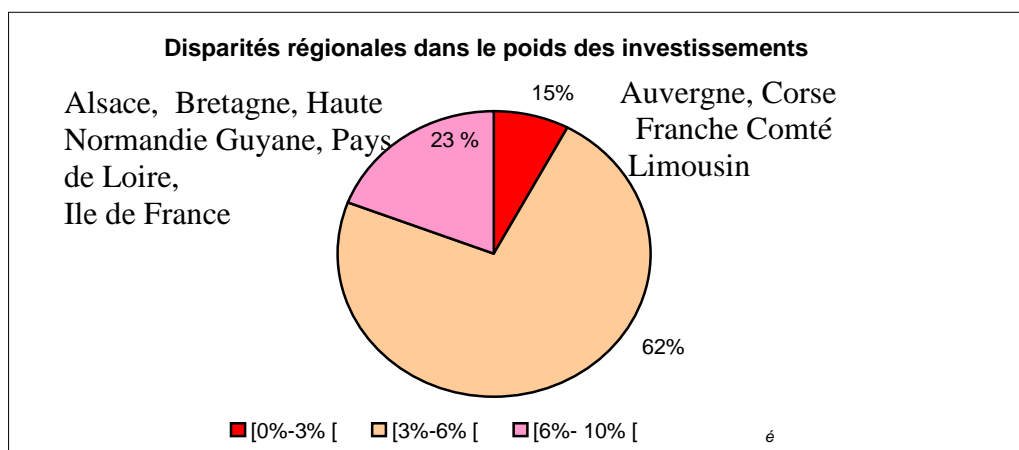
| Budget | Ecoles | | Hôpitaux publics | |
|---------|--------|-------|------------------|------|
| | 2006 | 2008 | 2006 | 2008 |
| Année | | | | |
| Moyenne | 4 % | 5,5 % | 6,8 % | 7,6% |
| Médiane | 3 % | 3,6 % | 6,3 % | 7 % |

Ces niveaux sont faibles mais ils progressent sensiblement sur la période. L'écart entre les écoles et les hôpitaux publics traduit le caractère plus capitalistique des hôpitaux (importance des plateaux techniques, des équipements biomédicaux à renouvellement plus rapide⁴⁹) et les premiers effets du plan H 2003-2007. Par ailleurs, la différence entre la moyenne et la médiane indique une forte inégalité entre les régions.

- **Des situations inter et infra régionales très disparates**

Si la majorité (2/3) des régions se situe dans une position moyenne, consacrant de 3 à 6 % de leurs charges à l'équipement, une région sur trois est dans une position de sur dotation (> 6%) ou de sous dotation relative (< 3%) avec deux extrêmes: La Bretagne: 8,3%, Le Limousin: 2,1%.

Tableau 6 : Comparaison régionale du poids des investissements (C66+C68) dans le budget des écoles (2008)



La dispersion est également notable entre établissements d'une même région

⁴⁹ L'équipement mobilier représente 15 % des investissements hospitaliers publics, 5% environ dans les écoles

Tableau 7 : Poids des amortissements et frais financiers dans les budgets des écoles publiques et privées

L'exemple de Midi Pyrénées

| % | Etablissements |
|--------------------------|----------------|
| 0 à 2 | 8 |
| 2 à 4 | 5 |
| 4 à 6 | 2 |
| Supérieur à 6 | 3 |
| Moyenne régionale : 4,15 | Total : 18 |

Les causes historiques

- Dans les établissements publics hospitaliers, le rythme de construction des bâtiments de formation,⁵⁰ est élevé dans la période 1960-1980, correspondant au plein développement hospitalier, notamment des CHRU. Il est beaucoup faible depuis près de trente ans. Les investissements hospitaliers⁵¹ publics connaissent une reprise au début des années 2000, renforcée en 2003-2004⁵².
- Au sein de ces cycles globaux, les décisions d'investir dans les écoles ont dépendu de facteurs le plus souvent locaux et contingents.

Tableau 8: Rythme de construction des écoles⁵³ publiques

| Décennie | Bâtiments construits | % du total des bâtiments construits |
|-----------|----------------------|-------------------------------------|
| 1950-1960 | 40 | 6 |
| 1960-1970 | 252 | 31 |
| 1970-1980 | 320 | 40 |
| 1980-1990 | 92 | 11 |
| 1990-2000 | 23 | 3 |
| 2000-2009 | 69 | 9 |

Ces données nationales sont confirmées par les inventaires de :

La Croix-Rouge qui identifie parmi ses 33 IFSI près de 60% construits avant 1980.

L'AP-HP qui relève parmi ses 28 écoles, plus de 80% ouverts avant 1976, la dernière construction datant de 1983.

⁵⁰ Pour un total de 801 identifiés

⁵¹ (en M€) 2002 : 3129 , 2007 : 5617 + 80%

⁵² Source: Cour des comptes : Rapport Sécurité Sociale septembre 2009

⁵³ Source DHOS E4

- **Les besoins sont donc sans doute importants**

A partir du bilan⁵⁴ réalisé sur les quatre régions témoins, les taux d'inadéquation déclarés varient de 15 à 33%. Ce résultat, relativisé par les limites de la méthode⁵⁵, donne cependant une indication. Il est confirmé par le diagnostic que la Croix-Rouge a dressé de ses 33 IFSI. Le taux d'inadéquation est de l'ordre de 18 %, en prenant en compte une évaluation interne et externe des bâtiments. En conclusion, si la majorité du parc immobilier est en bon état de marche, on identifie des situations très disparates selon les territoires et dans chaque région un ou plusieurs sites nécessitant une reconstruction ou une opération lourde d'aménagement. Par ailleurs, des problèmes communs sont bien identifiés :

- La question de la mise aux normes (de sécurité incendie, amiante, accessibilité, environnementale) se pose de manière diffuse mais générale.⁵⁶
- L'évolution capacitaire, les transformations pédagogiques sont des moteurs permanents d'investissement. Ils peuvent être amplifiés par la volonté locale et régionale de réorganiser et regrouper les structures de formation.
- Enfin, des aménagements lourds peuvent être imposés, par l'environnement hospitalier qui se réorganise et impose à l'école de reconsidérer sa situation. Par exemple, le CHR de Metz-Thionville déménage ses activités médicales en 2012 du site historique situé en centre ville. Il prévoit une valorisation de l'ensemble immobilier qui est conditionnée par la relocalisation de l'IFSI (2800m²).

- **Un exemple de projet efficient: les regroupements d'instituts**

Dans chaque région, la mission a constaté des projets de regroupement notamment sur les grandes agglomérations. Citons par exemple, les instituts à Lille et Roubaix, d'Albi, Nancy et Laxou, Reims, Toulouse. Par ailleurs, le Plan Santé outre mer (juillet 2009) prévoit « sous deux ou trois ans maximum, deux instituts « Antilles-Guyane, Océan-Indien » qui regrouperont les IFSI et toutes les autres écoles de formation ». Un retour sur investissement est possible en terme de qualité d'enseignement et d'améliorations des coûts (gains en surface, emploi sur les fonctions supports) à l'occasion de projets immobiliers restructurant. Cette question sensible, car elle touche à l'aménagement du territoire, aux équilibres entre les villes, prend une singulière actualité avec l'intervention de l'université. Elle facilitera naturellement les regroupements d'étudiants pour assurer son enseignement, même si la visioconférence peut pallier (en partie) à la dispersion.

⁵⁴ Établi conjointement par la DRASS et la région qui qualifiaient les locaux soit de : bon / Moyen soit d' inadéquat : annexe III

⁵⁵ Données déclaratives, imprécision des critères utilisés

⁵⁶ La Croix-Rouge évalue ses installations (ascenseur, rampes d'accès) comme non conforme aux exigences d'accessibilité, une fois sur deux

3.3 Le financement permanent des investissements

- **La question de l'estimation des besoins**

La mission a approché ces besoins à partir des seules régions enquêtées pour les projets immobiliers lourds (supérieurs à un million €). Cette évaluation couvre un champ hétérogène soit de projets bien identifiés et considérés comme murs, finançables par les régions soit au contraire de demandes brutes exprimées par des établissements supports. Pour les quatre régions témoins, les évaluations s'établissent en hypothèse basse à 105,1 M€, haute à 116,9M€. Les sept régions sondées⁵⁷, (Alsace, Auvergne, Champagne- Ardennes, Franche-Comté, Haute-Normandie, Picardie, Rhône-Alpes) annoncent des projets pour 144,9M€, dont 47% en CHRU. Ces chiffres ne sont pas extrapolables mais donnent un ordre de grandeur en volume et indiquent un état de préparation des régions très inégale

Recommandation n°5 : Conduire si nécessaire une estimation nationale des besoins avec une méthodologie rigoureuse en termes d'élaboration, de collecte et d'interprétation. Cette démarche relativement lourde (en temps et compétence) est dépendante du choix retenu pour le schéma de financement.

Le schéma de financement : deux hypothèses :

Les régions sont les financeurs principaux et obligatoires de compétences qui leur sont reconnues par la loi. Cette dépense devrait nécessairement s'accroître, partant d'un niveau bas, les dépenses de formation sanitaire et sociale représentaient en 2009, 2,8% des charges régionales, se limitant à des charges de fonctionnement.

Tableau 9
Présentation fonctionnelles des budgets primitifs
2009 des régions en M€⁵⁸

| Catégorie de dépense/ Montant | Fonctionnement | Investissement | % |
|--|----------------|----------------|-------|
| Formation professionnelle et apprentissage | 5006 | 242 | 17,9% |
| Dont formations sanitaires et sociales | 806 | | 2,8% |
| Enseignement | 3344 | 3300 | 22,7% |
| Total des dépenses | 16798 | 12534 | 100% |

⁵⁸ Source : Etude d'impact accompagnant le projet de loi de réforme des collectivités territoriales, octobre 2009, Sénat .

Pour l'avenir, deux hypothèses sont envisageables selon l'intervention ou non de L'Etat. Dans tous les cas, les établissements hospitaliers devraient être présents sous la forme d'apport foncier ou/et de financement de l'investissement selon leurs ressources et de leur politique. Malgré leur forte contrainte budgétaire, ces structures peuvent difficilement rester en dehors des plans de financement des investissements si elles veulent réellement continuer à gérer les instituts.

Hypothèse 1: les régions financent seules les investissements

Ce scénario s'inscrit dans la logique de la décentralisation qui reconnaît la région comme «l'échelon des missions stratégiques et de la préparation de l'avenir»⁵⁹ notamment en matière de formation professionnelle et d'enseignement. Il a l'avantage d'éviter des financements croisés, de développer un bloc de compétence, lisible et donc de permettre une gestion simple et claire. Mais ce schéma risque de renforcer les inégalités constatées entre les régions et peut affaiblir l'intervention globale de l'Etat, sa légitimité à encadrer le dispositif par exemple en fixant des quotas régionaux d'étudiants.

Hypothèse 2: Les régions financent les investissements avec la participation de l'Etat

La réussite des politiques publiques comme la réforme LMD, la maîtrise de la démographie des professions de santé, l'équilibre des territoires plaident pour une intervention financière de la puissance publique. Cette participation de L'Etat devrait être conçue comme complémentaire et ciblée (par exemple : croissance des effectifs, retard manifeste des équipements) en contrepartie d'engagements précis de la collectivité territoriale dans une démarche contractuelle.

La dominante de ces dépenses publiques reste la formation la préparation de l'avenir, préoccupation centrale du grand emprunt national de 35Mdrs lancé en 2010. Dans ses priorités il a inscrit l'enseignement supérieur et la formation dont 10Mdrs pour les campus, 500 M€ en faveur de l'apprentissage notamment pour rénover et mettre aux normes les centres de formation, structures très proches par leur finalité et leur taille des IFSI. Dans cette hypothèse, la gestion des projets et la gouvernance régionale devient nécessairement plus complexe associant la collectivité territoriale, l'Etat, l'université avec des logiques parfois contradictoires. En définitive, cette deuxième hypothèse est préconisée pour des motifs stratégiques (conserver une réelle influence de la puissance publique).

| |
|---|
| Recommandation n°6 : Déterminer une participation sélective et complémentaire de l'Etat au financement des investissements pour garantir la qualité et l'équité de la formation. |
|---|

⁵⁹ Rapport d'information de M Yves Krattinger et de Mme Jacqueline Courault « faire confiance à l'intelligence territoriale » juin 2009, Sénat

Recommandation n°7 : Rattacher ces financements au plan de relance alimenté par le grand emprunt national

4. L'amélioration de la politique régionale

4.1 Le renforcement du pilotage régional

En quelques années, le paysage régional des formations sanitaires s'est considérablement transformé, les acteurs se sont multipliés rendant indispensable leur coordination pour assurer la cohérence d'ensemble mais également la politique des investissements.

- **La gouvernance**

.Le rôle central de régulateur et de financeur reconnu à la collectivité régionale par la loi LRL s'est affirmée, s'appuyant maintenant sur une administration étoffée et expérimentée. Elle a le plus souvent intégrée les formations sanitaires et sociales au sein du pôle emploi, formation professionnelle, apprentissage. Parallèlement, l'université est devenue un acteur régional à part entière par son ancrage territorial, sa participation au développement, bénéficiant à ce titre des aides significatives des collectivités territoriales.⁶⁰ Sa vocation pédagogique s'est élargie aux formations des professions paramédicales à l'occasion de la mise en place du processus LMD.

L'Etat reste présent par ses services déconcentrés, hier la DRASS⁶¹ maintenant l'ARS qui a notamment pour mission, dans le respect des compétences des collectivités territoriales, en liaison avec les autorités universitaires, «de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique de réguler l'offre de santé à ce titre elles (les ARS) contribuent à évaluer et promouvoir la qualité des formations des professions de santé⁶²»

.Dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat, un système de conventionnement est prévu entre l'ensemble des partenaires⁶³ mais à côté de ces relations techniques il reste à créer un lieu unique d'information et d'orientation permettant une mise en cohérence des politiques⁶⁴

Recommandation n°8 : Mettre en place une gouvernance régionale pour coordonner les politiques de formation et d'investissement entre les régulateurs (Etat, région, université) associer les établissements et écoles.

⁶⁰ Sur la période 2000-2006, l'Etat et les collectivités territoriales ont participé à parts égales aux dépenses des CPER en faveur de l'enseignement supérieur et de la recherche sur 6 milliards d'euros, 3 provenant de l'Etat, 2 des régions, et 1 des autres collectivités locales. Source : « Aménagement du territoire, enseignement supérieur et recherche: entre proximité et excellence » rapport présenté par Jean-Pierre Dupont, Conseil économique et social, 2008.

⁶¹ La compétence technique est assurée par une conseillère pédagogique régionale

⁶² Article 118 de la loi HPST

⁶³ Circulaire ministérielle du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des IFSI avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du LMD

⁶⁴ Dans ce sens, la proposition du président de l'ARF au Premier Ministre: courrier du 8 juillet 2009

- **Les outils de planification**

Depuis la loi LRL, la région définit un schéma régional pluriannuel d'évolution des dispositifs de formation professionnelle dont un volet est consacré aux formations sanitaires. Cette programmation, élaborée en 2005-2006, a permis aux différentes régions de dresser un état des lieux, fixer des priorités générales en terme de qualité, d'accessibilité de ces formations pour la période 2007-2012. Les régions se sont appropriées ce nouveau secteur sans se donner des objectifs précis en terme de capacité, d'implantation, ni sans traiter la question des investissements.

La clarification des financements, un contexte de relance des investissements devraient s'accompagner d'une véritable planification régionale. Le schéma régional des formations sanitaire de deuxième génération pourrait jouer ce rôle en programmant par écoles: l'évolution des capacités, des organisations et des investissements d'accompagnement. Cet outil global permettrait les choix en toute clarté préparant les professionnels et les étudiants aux adaptations nécessaires.

Recommandation n°9: Elargir le prochain schéma régional des formations sanitaires préparé et conduit par la région, à la programmation des implantations, capacités et investissements de formation, en faire un outil de planification

4.2 La clarification des relations entre la région et les gestionnaires

- **Le cadre**

La relation entre les établissements supports et la région en matière d'investissement est organisée⁶⁵, sur la base de trois principes⁶⁶ :

- une identification précise de ces charges dans le budget annexe, les prévisions d'investissement et la comptabilité
- une intégration totale de ces documents dans l'architecture générale de l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement support. L'EPRD distingue plusieurs comptes de résultats prévisionnels (budgets principal et annexes) par contre dispose d'un seul tableau de financement pour les investissements, d'une unique trésorerie, d'un seul bilan comptable et patrimonial
- une procédure « contradictoire » avec l'établissement. Il « tient à la disposition du président du Conseil régional les documents et informations sur la base desquels la demande de subvention est établie ».

Ces règles ont été renforcées par différents outils mis en place progressivement par les régions.

⁶⁵ Par le décret du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts

⁶⁶ Art R. 6145-56)

des guides de procédure comptable et budgétaire afin d'unifier les pratiques des gestionnaires, améliorer l'information notamment sur le patrimoine, la capacité d'autofinancement, valider les modalités d'affectation des résultats.

des ratios de gestion afin de dégager des coûts standards par filière de formation, conduire à un rapprochement des productivités au niveau régional. Les indicateurs les plus fréquents sont les suivants : surface en m² par étudiant, charges patrimoniales et techniques, par étudiant et par m², nombre de m² par ETP technique.

- **Appréciations des acteurs**

Dans cette période initiale, les professionnels ont appris à se connaître et à travailler ensemble, le facteur humain étant essentiel dans ces échanges de proximité. On constate cependant des difficultés.

- Les écoles, les établissements hospitaliers apprécient l'attention que leur porte l'administration régionale, ce nouveau type de « tutelle » rigoureuse et précise. Leur attente a été cependant en général déçue par l'absence de solutions et de perspectives immobilières, la faiblesse des marges de manœuvre, par exemple pour affecter la taxe d'apprentissage, utiliser un résultat excédentaire.

- Les régions (directeur des services formation) constatent le maintien d'une certaine opacité de la gestion des investissements.

Le compte d'exploitation est lisible mais la traçabilité des opérations d'investissement, la connaissance de la situation patrimoniale au sein des documents de l'établissement support ne sont pas toujours aisées. Cette observation peut surprendre, en principe l'autorité régionale peut accéder à toutes informations utiles dont le tableau pluriannuel des investissements, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) regroupant les projets et les conditions d'exploitation sur un horizon de 5 ans. Au-delà de ces critiques techniques, la question posée est celle de l'adossement des écoles à une structure hospitalière, la place de la collectivité territoriale dans le processus de décision. Elle ne se satisfait pas d'un rôle de simple financeur de projets décidés sans elles

- **Propositions d'amélioration**

Dans un contexte de relance de l'investissement, ces relations doivent évoluer dans un cadre pluriannuel et contractuel, afin de trouver un consensus sur les objectifs et la démarche.

Cette méthode est largement utilisée entre les collectivités publiques notamment dans les relations entre les régions et l'Etat, les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation, sous la forme de contrat pluriannuel d'objectif et de moyen⁶⁷ (CPOM). Il permet en globalisant et en projetant dans le temps les engagements respectifs de créer un partenariat efficace.

Les projets d'investissement en matière de formation constituent un bon terrain pour expérimenter cette contractualisation. En contrepartie de règles du jeu stimulantes

⁶⁷ Art L 6114-1 à L 6114-5

(sanctuarisation des excédents...), l'école et son établissement support s'engageraient à atteindre les objectifs stratégiques définis en commun et adaptés à la situation locale : augmentation de capacité, amélioration des résultats scolaires, optimisation de la gestion.

Recommandation n°10 : Adapter le décret budgétaire du 29 juin 2005 afin d'améliorer la transparence de la gestion du patrimoine et des investissements, faire évoluer les relations dans un sens pluriannuel et contractuel.

4.3 La région : investisseur ?

La région peut aller au delà de son rôle de régulateur en gérant directement les projets, éventuellement la propriété des ouvrages. La mission a constaté que les expériences de ce type étaient exceptionnelles, l'exemple de la Bourgogne étant le plus avancé

Tableau 10 :
L'exemple de la Bourgogne

| Instituts/montages | Juridique | Financier |
|---------------------------------|---|--|
| Nevers et Paray le Monial | La région : propriétaire, maître d'ouvrage Mise à disposition du centre hospitalier (CH) via un bail emphytéotique administratif | - Subvention d'investissement du Conseil régional - sollicitée auprès du FNADT ⁶⁸ , du Conseil général - autofinancement du CH à hauteur du montant de la vente des locaux actuel de l'IFSI - Cession à titre gracieux du bâtiment par la SEM propriétaire |

Ces expériences en cours ont plusieurs caractéristiques.

La collectivité territoriale regroupe les fonctions de financeur (elle subventionne), promoteur (elle assure la maîtrise d'ouvrage directe) et de propriétaire. Par contre, elle n'exploite pas la structure qui reste à la charge de la structure hospitalière. Le projet est conduit par la région qui fait appel à plusieurs partenaires : l'Etat, le centre hospitalier, la société d'économie mixte, le Conseil général ; Ce schéma présente plusieurs avantages:

⁶⁸ Fonds national et de développement de l'aménagement rural

- La région contrôle le foncier, le projet, la pérennité de l'affectation. L'unité de pilotage doit conduire à un gain en temps. Enfin, la récupération de la TVA permet de réduire le coût d'environ 15%.
- Pour l'établissement hospitalier, l'école est rénovée sans son financement, ni son implication.

Le modèle fonctionne bien à certaines conditions :

- La volonté régionale de gérer en direct de nouveaux chantiers
- L'accord de l'investisseur historique, l'établissement hospitalier, de se désengager
- Enfin, l'opportunité d'un projet complet de reconstruction sur un site indépendant.

Ces formules ont le mérite de proposer des alternatives au schéma classique et unique de l'établissement hospitalier gestionnaire complet de la structure de formation, elles peuvent faciliter le développement des investissements. Dans l'immédiat il n'est cependant pas préconisé de les généraliser.

.

Annexes

Annexe 1: Lettre de mission

Annexe 2: Liste des personnes rencontrées

Annexe 3: Les instituts en Bourgogne

Annexe 4: Synthèse des régions témoins

Annexe 5: Synthèse de l'enquête légère

Annexe 1 : Lettre de mission

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

DHOS/CGES/ – Marcour Département n° 140612009

00473 J

Paris, le 27 AVR. 2009

La Directrice de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins

A

Monsieur Vincent LE TAILLANDIER
Conseiller général des établissements de
santé**Objet : Financement des investissements dans les IFSI : lettre de mission**

Dans le cadre de la décentralisation des écoles de formation des sages-femmes et des personnels paramédicaux (articles L 4151-9, L 4244-1 et L 4383-5 du CSP), la responsabilité du financement de ces structures est devenue une compétence des régions. A la suite d'une divergence d'appréciation entre l'Etat et les régions sur le montant du droit à compensation, une mission d'inspection IGAS-IGA-ICF diligentée le 27 juin 2007 sur cette question, a proposé de réajuster à la hausse le montant du droit à compensation. Elle n'a toutefois pas traité la question du financement des investissements.

Le gouvernement a décidé de suivre les recommandations de cette mission et d'engager une réflexion permettant de clarifier les responsabilités relatives à la prise en charge des investissements dans les écoles de formation.

Lors de la séance du 27 novembre 2008, le président de la Commission consultative d'évaluation des charges a souligné la difficulté des régions de faire face aux demandes de construction d'instituts paramédicaux ou de rénovation de bâtiments.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins s'est engagée, lors de cette séance, à mener une réflexion avec l'Association des Régions de France (ARF) afin d'améliorer les conditions de prise en charge des investissements dans les écoles de formation.

A cette fin vous vous attacherez, en concertation avec l'ARF et les agences régionales de l'hospitalisation, à clarifier cette question.

A partir de l'évaluation de la situation de quatre régions représentatives et d'une analyse des différents modèles envisageables, vous proposerez un schéma cohérent de gestion et de financement des investissements dans les IFSI et les mécanismes financiers qui en découlent.

Un bilan d'étape formulant des premières conclusions est attendu pour juin 2009. Le résultat définitif de vos travaux doit être rendu pour le début du mois d'octobre 2009.

Cette mission se réalisera en liaison avec les sous-directions F et RH.



La Direction de l'Évaluation
et de l'Organisation des soins

Annie POEUR

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

- **Ministère de la Santé et des Sports**

Cabinet

Samuel Pramarty, conseiller technique
Céline Mounier, conseiller technique

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Félix Faucon, chef de service
Christine d'Autume, chef de service

Sous-direction F : Patrick Olivier, sous-directeur
Christine Ungerer, chef de bureau
Gaël Raimbault, chef de bureau
Aurélien Bouchet, attaché
Simone Auvert, attachée

Sous-direction RH : Emmanuelle Quillet, sous-directrice
Philippe Henault, chargé de mission

Sous direction E : Bast Bidar, attaché

- **Ministère de l'Intérieur**

Direction générale des collectivités locales

Jean Christophe Moraud, sous-directeur
Alaric Malvés, chef de bureau

- **Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Mission formation professionnelle et de la santé

Dominique Deloche, chef de la mission
Claude Jolly, chargé de mission
Yvon Berland, Président d'université, Président de la Commission santé de la
Conférence des présidents d'université

- **Organisations nationales**

Association des régions de France : Anne Wintrebert, déléguée au développement économique, à la formation professionnelle et à la cohésion sociale
Les directeurs des formations sanitaires et sociales des régions réunis le 1^{er} octobre 2009

Fédération hospitalière de France

Gérard Vincent, délégué général

Comité nationale d'entente et de formation des infirmiers et cadres

Christian Camou, président
Les délégués régionaux se sont réunis le 29 septembre 2009.

Croix-Rouge Française

Maité Ané, directrice de la formation
Laétitia Besson, responsable administratif
Jean Gouzy, responsable financier

- **Consultants**

KPMG : Pierre Breteau, directeur du développement secteur public
Ang Keo Sovanna, directrice de mission

IOSIgroup : Dominique Houlette

Agence Nationale d'appui à la performance : Bruno Rossetti, chargé de mission

- **Régions**

- ❖ ***Bourgogne***

ARH : Olivier Boyer, directeur de l'agence
Jacqueline Lambert, chargée de mission

DRASS : Patrice Richard, directeur régional

Région : Gérard Speranza, directeur général adjoint
Pierre Cartillier, chef de service
Christelle Cordier, coordinatrice des formations

Les représentants des principales écoles et établissements réunis le 24 juillet 2009.

- ❖ **Midi –Pyrénées**

ARH : Christine Straboul, directrice adjointe

DRASS : Anne Vignon, inspectrice principale

Région : Joël Neyen, directeur général
Pierre Simon, directeur général adjoint
Maryse Martin, directrice générale adjointe
Nadia Benoit, directrice des formations

CHR de Toulouse : Monique Cavailer, directrice générale adjointe
Richard Barthes, directeur de la formation

Les représentants des principales écoles et établissements hospitaliers réunis le 5 août 2009.

❖ Lorraine

ARH : Michel Meulic, secrétaire général

DRASS : Madame Guillaume, directrice régionale

Région : Jacques Sans, directeur général
Pierre Renaudin, directeur des formations

CHR de Metz : Véronique Anatole, directrice générale
Diane Petter, directrice des finances

CHRU de Nancy : E. Zurcher, directeur des finances

Les représentants des principales écoles et établissements hospitaliers réunis le 13 août 2009.

❖ Nord-Pas de Calais

ARH : Martine Couture, chargée de mission

DRASS : Véronique Yvonneau, inspectrice
Jean Luc Caby, inspecteur

Région : Madame Elbaz, directrice de la formation permanente
Claude Dufresne, chef de service

Institut catholique de Lille : François Gâteau, directeur général

Institut régional de formation sanitaire et social (Croix-Rouge) :
Madame Calmels, directrice

Les représentants des principales écoles et établissements hospitaliers réunis le 11 septembre 2009

❖ Franche Comté

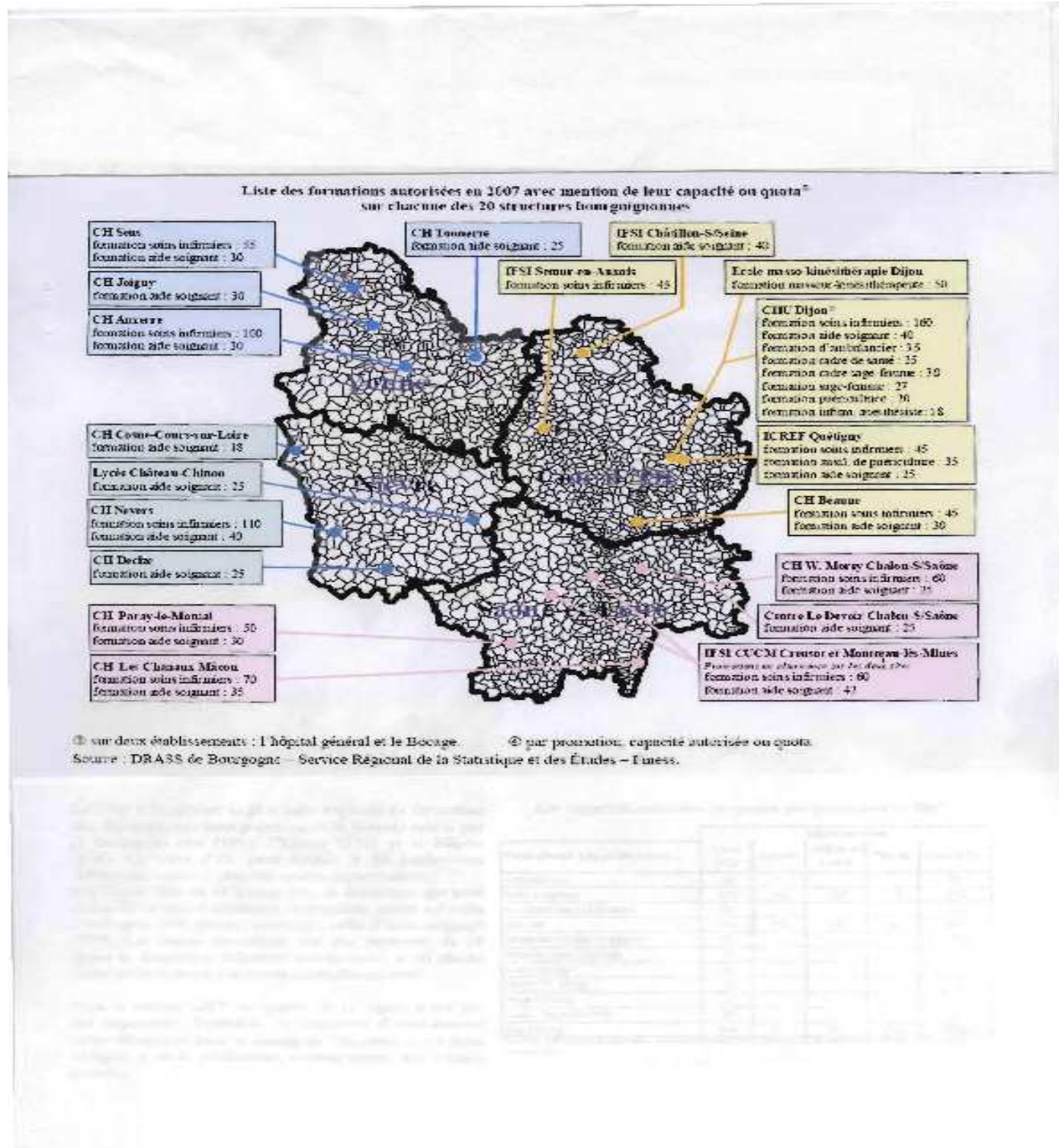
ARH : Jean-Louis Boutry, chargé de mission

Région : Isabelle Wertheimer, directrice de la formation

• Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Michelle Ricomes, directrice des ressources humaines
Jean-Louis Santiago, directeur des centres de formation
Hubert Peurichard, conseiller auprès de la DRH

Annexe 3 : Les instituts en Bourgogne



Annexe 4 : Synthèse des régions témoins

| | Bourgogne | Midi-Pyrénées | Lorraine | Nord Pas de Calais |
|---|-----------|---------------|-----------|-----------------------|
| Nombre d'écoles | 36 | 42 | 49 | 72 |
| Nombre d'établissements supports | 16 | 18 | 22 | 24 |
| Nombre d'étudiants inscrits 2007 | 4500 | 4305 | 6246 | 10916 |
| Poids des comptes 66 et 68 | | | | |
| en 2006 | 2,60% | 4,60% | 5,50% | 5,60% |
| en 2008 | 5,70% | 4,50% | 5,70% | 4,70% |
| Etat du parc immobilier | | | | |
| Moyen/Bon | 67% | 77% | 80% à 85% | 80% |
| Inadapté | 33% | 23% | 15% à 20% | 20% |
| 1. Programmation | | | | |
| Etude des besoins | Non | Oui | Oui | Oui |
| Programme pluriannuel d'investissement | Oui | Oui | Non | Non |
| 2. Les investissements engagés entre 2006 et 2009* | | | | |
| Immobilier (million €) | 1,50 | | | 1,80 |
| Mobilier (million €) | 0,20 | | 0,25 | |
| 3. Perspectives 2009-2012 | | | | |
| Evolution des effectifs d'étudiants - Prévisions | 5% | 40% | stable | stable |
| Fourchette des projets supérieurs à 1 M€ | 11 à 16 | 46,5 | 12 à 16,8 | 35,6 |
| Nombre d'opérations étudiées | 4 | 3 | 3 à 4 | 5 |
| Taux de subventions envisagé | 50% | 50% | - | - |

* *investissement avec subventions directes de la région*

Annexe 5 : Synthèse de l'enquête légère

| | Alsace | Auvergne | Champagne Ardennes | France Comté | Haute Normandie | Ile-de-France | Picardie | Rhône Alpes |
|---|--------|----------|-----------------------|-----------------|--------------------|---------------|----------|----------------|
| Investissements engagés entre 2006-2009* | | | | | | | | |
| Immobilier (million €) | | | 0,261 | | | | | 6,200 |
| Mobilier (million €) | 0,200 | | 0,268 | | | 0,140 | | |
| Investissements étudiés 2009-2012 | | | | | | | | |
| Immobilier (million €) | 4,1 | 6,6 | 20,9 | 23,0 | 11,5 | | 18,8 | 60,0 |
| dont CHRU | 0,6 | | 20,9 | 10,0 | | | 7,8 | 30,0 |

* investissement avec subventions directes de la région