

Conclusions	Recommandations	Réponses des services opérationnels
<p>Sur le sanitaire : des projets à achever pour parfaire le rattrapage, des besoins spécifiques sur certains territoires</p> <p>Globalement, les données relatives aux niveaux d'équipement de l'offre de soins et les perspectives remontées lors des visites terrain ont souligné dans l'ensemble des territoires un rattrapage sanitaire inachevé. Plus spécifiquement, des gros projets en cours restent à achever, notamment sur le projet Koutio en Nouvelle-Calédonie, le CGR et Capesterre en Guadeloupe, le CHU et le PSO à La Réunion, maintenant d'importants besoins de financement dans les 3 années à venir</p>	<p>Recenser la liste des projets à financer dans les 5 prochaines années sur l'ensemble des territoires,</p> <p>Engager une concertation avec l'ARS sur la capacité du secteur bancaire et des institutions financières publiques à couvrir la programmation des besoins,</p> <p>Engager une concertation avec la BEI sur leurs intentions réelles (sur Koutio notamment) et la hauteur de leur apport,</p> <p>Phaser de manière pluriannuelle les besoins exprimés.</p>	<p>Pour les DOM, l'ARS établit une liste des investissements prioritaires sur 10 ans (SRIS) qui est partagée avec l'AFD. Pour la Nouvelle Calédonie, l'AFD est en lien avec le Ministère de la Santé sur les priorités sectorielles (finalisation du Médipôle et construction de l'hôpital de Koné). Pour la Polynésie française, l'AFD appuie le Ministère de la santé dans l'élaboration de son prochain schéma d'organisation sanitaire (2015-2020).</p> <p>Cette concertation fait partie de la discussion annuelle entre le chef de projet et l'ARS.</p> <p>L'AFD a pris contact avec la BEI. L'AFD et la BEI instruisent conjointement un concours en Nouvelle-Calédonie (Koutio).</p> <p>L'AFD a privilégié jusqu'à présent le financement de projets et tout particulièrement ceux adossés aux programmes nationaux de rattrapage (Plan hôpital 2007 et 2012) mais l'AFD est amenée à augmenter le financement des plans pluriannuels d'investissements (PPI) des établissements de santé. Cet aspect est pris en compte dans le programme d'activité prévisionnel.</p>
<p>Sur le médico-social : des besoins cruciaux, un positionnement à conforter, une complémentarité à trouver avec la Caisse des Dépôts et Consignations</p>	<p>Identifier les études stratégiques et projets pertinentes avec les contreparties institutionnelles (Conseil général dans les DOM, Province Sud en Nouvelle-Calédonie).</p> <p>Etudier la construction d'une offre complémentaire avec la Caisse des dépôts, délimiter le périmètre d'intervention de chaque institut selon le type d'établissements.</p>	<p>Ce sujet est déjà traité par les équipes projets.</p> <p>L'AFD n'est pas en position de discuter des périmètres d'intervention respectifs de l'AFD et de la Caisse des dépôts. Néanmoins, l'AFD souhaite approfondir le dialogue avec la Caisse des dépôts, y compris via un dialogue régulier par les agences locales, afin d'éviter les frictions.</p>

depots et consignations

(...) Face à ces besoins et enjeux, l'Agence nécessite de réaffirmer son positionnement et sa stratégie pour gagner en visibilité, notamment en complémentarité avec la Caisse des dépôts et consignations fortement présente sur ce champ. L'Agence, en participant à la réflexion stratégique sur le secteur (cf. ci-dessous), pourrait se positionner sur les formes alternatives de prise en charge innovantes.

<p>sur les EHPAD : Définir deux modes de financements des EHPAD (un public et un privé), combinant chacun plusieurs modalités articulées autour de produits. La définition de deux modalités doit permettre à chaque projet de s'inscrire dans l'un ou l'autre, et ainsi de simplifier l'instruction et l'analyse des risques par la limitation des modèles.</p>	<p>L'AFD a effectivement un rôle à jouer dans l'accompagnement des collectivités pour la prise en charge du vieillissement. Elle est cependant dans l'attente de décisions de l'Etat définissant les rôles de l'Etat, des conseils généraux et de la CNSA dans la prise en charge du vieillissement qui permettraient notamment de définir des modèles de financement des EPHAD. Néanmoins, le département Outre-mer et la division Santé réfléchissent au lancement d'une étude prospective sur le médico-social (besoins du secteur, instruments de l'AFD pour y répondre, schémas de financement).</p>
<p>sur les autres formes d'hébergement : définir le mode de financement d'une offre alternative aux EHPAD : foyer-logements, plate-forme de quartier</p>	<p>La division santé et le département Outre-mer de l'AFD travailleront à une meilleure coordination avec la division Collectivités locales et développeront l'urbanisme et sensibiliseront les représentants de l'AFD actionnaire des SIDOM sur ces problématiques.</p>
<p>un dialogue régulier avec les ARS, Conseils généraux et Ministères concernés dans l'ensemble des géographies par les agences locales,</p>	<p>Le dialogue avec les ARS, les Conseils généraux et les ministères est systématiquement conduit lors des missions de revue de portefeuille des chefs de projet. Il est souvent poursuivi par les agences locales mais cela ne s'avère pas toujours nécessaire.</p>
<p>un dialogue au niveau central avec la CNSA et certains acteurs institutionnels clefs du secteur (en lien avec la Convention AFD-UNCCAS)</p>	<p>L'AFD souhaite développer le dialogue avec la CNSA.</p>
<p>des échanges stratégiques avec les contreparties les plus importantes de chaque territoire, sur l'exemple des réunions stratégiques et échanges entre l'agence locale et le CHU Réunion,</p>	<p>L'AFD est favorable à mener des échanges stratégiques par établissement, lorsque l'importance et la solidité financière de l'établissement le justifie.</p>
<p>l'appui aux Conseils généraux dans la planification financière (investissements et impacts en fonctionnement) de leurs schémas médico-sociaux.</p>	<p>Il convient d'améliorer le dialogue avec la division Collectivités locales et développement urbain pour proposer une offre commune aux conseils généraux.</p>
<p>la réflexion sur la possibilité d'un accompagnement pluriannuel de type budgétaire sur certains PPI conséquents,</p>	<p>Accord.</p>

Un positionnement stratégique à affirmer de « facilitateur » avec les autorités sanitaires et médico-sociales. La visibilité de l'AFD sur ces secteurs, et tout particulièrement sur le médico-social, reste limitée dans certains territoires et alors même que les perspectives et réflexions sont nombreuses tout particulièrement sur le médico-social. Le rôle d'appui-conseil sur le volet

<p>stratégique pourrait être renforcé en poursuivant : (1) les études stratégiques et prospectives sur le médico-social en outre-mer, (2) le dialogue stratégique avec les autorités.</p>	<p>un rôle d'accompagnement des perspectives d'évolution du médico-social par l'apport de prestations intellectuelles à la fois sur les modèles de financement des établissements médico-sociaux (cf. ci-dessous) et sur les perspectives de prise en charge.</p>	<p>Il s'agit d'un axe fort de réflexion de l'AFD outre-mer. Plusieurs études ont été financées en 2012 et 2013 notamment sur le vieillissement de la population aux Antilles et les incidences sur la pris en charge de la dépendance. Depuis 2014, le financement d'études est soumis à des contraintes budgétaires. Néanmoins une étude prospective est en cours en Guyane sur les enjeux de santé et médicosociaux à l'aune de la croissance démographique, à un horizon à déterminer avec l'ARS et le CG. De même à Mayotte une étude prospective sur le médico-social est envisagée. En Polynésie, un appui est en cours pour la réalisation du schéma directeur sur l'organisation sanitaire. Enfin, le département Outre-mer et la division Santé réfléchissent au lancement d'une étude prospective sur le médico-social (besoins du secteur, instruments de l'AFD pour y répondre, schémas de financement) (cf. supra).</p>
<p>Les incertitudes liées aux limites des interventions AFD sur le médico-social. Le modèle de financement de l'AFD apparaît aujourd'hui peu adapté pour les associations du secteur médico-social, dans un secteur où les autorités et opérateurs n'ont pas encore exploré/fait évoluer toutes les pistes de financement : (1) Les limites des mécanismes de tarification à la journée dans un contexte où l'aide sociale prédomine, et impacte de fait les finances du Conseil général ; (2) L'absence de modèle public stabilisé exploitant les atouts d'une propriété publique ; (3) L'absence de modèle privé / associatif exploitant les avantages fiscaux dans un contexte de garantie par la tarification.</p>	<p>Ces réflexions seraient à compléter par la réalisation d'une étude comparative des modèles de financement des établissements médico-sociaux : (1) modèle financier public (avec propriété publique, relation fctva/tva, portage spla, maîtrise amont du foncier) ; (2) modèle de financement immobilier (avec défiscalisation, tva, bail...)</p>	<p>cf. supra</p>
<p>Les incertitudes liées au retrait des autres financeurs. Enfin, des incertitudes fortes existent</p>	<p>Affiner les intentions de la BEI et les volumes potentiellement associés</p>	<p>Accord, cf. supra</p>

<p>pour l'AFD du fait de la réduction du nombre de financeurs et le désintérêt marqué des banques commerciales. Cette situation induit une augmentation de la part relative de l'AFD et questionne le bouclage des tours de table.</p>	<p>Recueillir l'intention des grandes collectivités des DOM à participer à l'Agence de Financement des collectivités locales</p>	<p>Ce sujet est suivi avec attention par le Département outre-mer de l'AFD.</p>
	<p>Analyser le rôle potentiel des fonds européens arrivant en 2014 Mayotte.</p>	<p>Ce sujet est abordé lors des missions du chef de projet à Mayotte.</p>
<p>Sur l'outil PCL et la bonification. Les modalités d'intervention pratique de l'AFD avec son outil PCL ont permis la mise en œuvre de la stratégie de prêts dans le secteur santé. L'apport de bonification a permis de réduire le coût global des projets, même si elle l'a fait de manière relative. Néanmoins, la relative rigidité du produit a pu freiner certaines interventions, notamment dans le médico-social et invite à réfléchir sur la nécessité de faire évoluer les produits AFD.</p>	<p>Analyser les possibilités d'évolutions de l'utilisation de l'outil PCL pour en allonger la durée réellement mise en œuvre et une éventuelle surbonification sectorielle</p>	<p>S'agissant de la maturité, un PCL sur 20 ans peut déjà être proposé si cela correspond aux besoins du projet. La surbonification et les maturités supérieures sont à l'étude. Elles devraient pouvoir bénéficier à certains projets sanitaires et médico-sociaux au titre du mandat cohésion sociale de l'AFD.</p>
	<p>Revoir la coordination avec les autres actions de l'AFD à l'égard du secteur privé (participations dans les SEM, Proparco...), dont l'évaluation fait ressortir le manque d'articulation avec l'offre publique sur le secteur médico-social.</p>	<p>Accord avec cette recommandation, même si les interventions de Proparco sont très ponctuelles pour le moment.</p>
<p>Le suivi des taux pratiqués sur le secteur est aussi une nécessité pour permettre à l'AFD de mesurer en temps réel la pertinence de ses outils et le respect de la subsidiarité.</p>	<p>Travailler avec les ARS (DOM) et Ministères (COM) pour obtenir la liste des emprunts contractés par les EPS, avec les taux et les prêteurs, comme cela existe pour les collectivités.</p>	<p>Cette liste fait partie des annexes aux états financiers des EPS mais elle est souvent mal renseignée. L'AFD attirera l'attention des ARS sur ce point.</p>
	<p>Alléger les procédures d'instruction : Pour les bénéficiaires, l'allègement du volume de pièces demandées permettrait un accroissement de la réactivité lors de la phase d'élaboration et de mobilisation du prêt. Lorsqu'il subsiste, le contrôle des pièces de décaissement est à abandonner, au profit de la seule analyse des comptes publics validés par le Payeur</p>	<p>L'AFD ne fait plus de contrôle sur pièces.</p>

<p>Des améliorations possibles pour améliorer la réactivité de l'AFD</p>	<p>Adapter l'analyse du risque : Le risque de contrepartie, qui a pu allonger certaines procédures d'instruction, peut être réétudié pour les hôpitaux au vu des engagements quasi-obligatoires des ARS dans la surveillance de l'emprunt hospitalier, qui renforce la garantie implicite de l'Etat et réduit donc le risque pour le prêteur. L'analyse de risque doit néanmoins être maintenue afin de réconcilier les deux mandats de l'AFD (banque de développement et institution financière soucieuse de son risque) avec l'objectif pour l'Agence d'agir en prêteur responsable, proposant un appui-conseil en matière financière lorsque cela s'avère nécessaire. De même, la production de deux modèles de financement type pour le médico-social faciliterait l'instruction par une certaine standardisation des dossiers.</p>	<p>La formation dispensée en juillet 2014 par l'EHESP a pour objectif de développer une culture commune à l'AFD sur l'appréciation du risque hospitalier outre-mer.</p>
	<p><u>De manière transversale</u> : inscrire certains financements dans une logique d'accompagnement budgétaire pluriannuel de la section d'investissement.</p>	<p>cf. supra.</p>