

exPost *ExPost*

Évaluation des interventions de l'AFD dans les secteurs sanitaire et médico-social en Outre-mer

Pierre-Vincent GUÉRET (Calia Conseil), Gaëlle de CARMANTRAND (EQR), Elise PROULT (Planète publique)



Département de la Recherche

Division Évaluation et capitalisation

Agence Française de Développement
5, rue Roland Barthes 75012 Paris < France
www.afd.fr



Pierre-Vincent GUÉRET (Calia Conseil)
Gaëlle de CARMANTRAND (EQR)
Elise PROULT (Planète publique)

Coordination : Corinne de PERETTI, division Évaluation et capitalisation (AFD)

Avertissement

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.

Directeur de la publication : Anne PAUGAM
Directeur de la rédaction : Laurent FONTAINE
ISSN : 1962-9761
Dépôt légal : 3^e trimestre 2014
Photo de couverture : Travaux d'agrandissement du Centre hospitalier de Mayotte, 2007
© Isabelle BONILLO

Mise en page : Marie EHLINGER

SOMMAIRE

Résumé	3
Synthèse	7
1. Rappel des objectifs, enjeux et démarche de l'évaluation	17
1.1. Enjeux et objectifs de l'évaluation	17
1.2. Périmètre de l'évaluation	17
1.3. Méthodologie et démarche de l'évaluation	18
2. Analyse rétrospective du portefeuille d'interventions sur la période 1999-2012	21
2.1. Le financement de 89 projets de l'AFD au travers de 102 concours	23
2.2. Une couverture géographique complète mais une concentration sur certains territoires	23
2.3. Une montée en puissance des financements de l'AFD sur la période	25
2.4. Une priorité donnée à la santé sur le médico-social	26
2.5. L'importance des grands projets de construction/rénovation et l'inscription des appuis dans la durée	27
3. Réponses aux questions évaluatives	33
3.1. Rappel du référentiel d'évaluation	33
3.2. Pertinence de la stratégie d'intervention : dans quelle mesure les interventions de l'AFD dans le secteur de la santé en Outre-mer répondent-elles aux enjeux et aux besoins identifiés ?	33
3.3. Positionnement et cohérence : dans quelle mesure le positionnement actuel de l'AFD est-il bien identifié, reconnu et apprécié et optimise-t-il les synergies avec les autres interventions, régionales et sectorielles, de l'AFD comme de ses partenaires ?	44
3.4. Modalités d'intervention et procédure : dans quelle mesure les modalités d'intervention assurent-elles une mise en œuvre cohérente de la stratégie poursuivie par l'AFD et sont-elles adaptées à la conduite des opérations en santé en Outre-mer ?	58
3.5. Résultats et effets : dans quelle mesure les interventions de l'AFD dans le secteur de la santé en Outre-mer ont-elles contribué à atteindre les objectifs fixés dans la stratégie ?	68

4. Perspectives et recommandations	77
4.1. Des besoins encore nombreux à couvrir, un positionnement stratégique à affirmer	77
4.2. Des incertitudes fortes	79
4.3. Des optimisations possibles	80
Liste des sigles et abréviations	82
Annexe. Sigles liés à l'organisation interne de l'AFD	85

Résumé

Champ de l'évaluation

L'Agence Française de Développement (AFD) intervient en Outre-mer depuis son origine. Elle y opère dans les secteurs de la santé et du médico-social à travers trois principales modalités : (i) le financement d'investissements à travers l'octroi de prêts (principalement dédiés à l'investissement pour les établissements hospitaliers) ; (ii) l'appui-conseil (à la fois stratégique et opérationnel) ; (iii) le financement de prestations (études notamment). Elle a souhaité, à travers une évaluation à la fois stratégique et prospective, comprendre les effets de ses actions en fonction de son positionnement et de ses évolutions, ainsi que les mécanismes à l'œuvre dans les territoires au regard des évolutions. L'évaluation porte sur la période 1999-2012 et sur l'ensemble des territoires ultramarins concernés par les interventions de l'Agence.

Elle s'est déroulée en trois phases :

- la première a posé les enjeux du contexte d'intervention de l'AFD en matière de santé et de médico-social en Outre-mer et la stratégie de l'AFD ;
- la deuxième a consisté en la réalisation de visites de terrain dans trois géographies : Nouvelle-Calédonie, Guadeloupe, La Réunion-Mayotte ;
- la troisième phase a été consacrée aux analyses, synthèses et restitutions.

Résultats

L'évaluation a permis de retirer les principaux enseignements ci-après :

1. La santé et le médico-social dans l'Outre-mer sont marqués par des besoins très importants

Les territoires ultramarins – départements (DOM) et collectivités d'Outre-mer (COM) – affichent des besoins et des spécificités démographiques et sanitaires intensifiés par leur éloignement et, pour la plupart, leur insularité (marqueurs sanitaires inquiétants, écarts de développement infra-territoriaux importants dans les COM, problématiques d'accès aux soins et d'évacuations sanitaires particulièrement coûteuses). Si des dynamiques de progrès et de rattrapage sont partout

constatées dans le domaine sanitaire depuis 2000, des écarts restent importants dans certains territoires avec un rattrapage encore inachevé (capacité d'hospitalisation en médecine, en chirurgie, en psychiatrie et en moyenne et longue durées, densité médicale, notamment en Guyane, à Mayotte et dans les COM).

Par ailleurs, le secteur médico-social est marqué par un sous-équipement des établissements et services pour l'accueil des personnes âgées et en situation de handicap, dans un contexte de vieillissement accéléré, marqué notamment par un retournement démographique aux Antilles.

2. Une stratégie d'intervention pertinente en réponse aux nombreux besoins de ces secteurs dans les territoires ultramarins...

L'AFD est initialement entrée dans le financement du secteur santé ultramarin par un mode opérationnel, *via* le financement des collectivités locales. Cette logique d'intervention a progressivement été formalisée au sein de la stratégie de l'Agence, en lien avec l'évolution de la place du secteur santé à l'AFD.

Sur le champ médico-social, la stratégie de l'Agence, plus récente, s'est fondée sur l'analyse des besoins du secteur dans les territoires ultramarins et a bénéficié des expériences de projets d'hôpitaux ayant une forte activité médico-sociale (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD] hospitaliers) sur la période 2005-2007.

Sur la période, deux principaux objectifs de niveaux différents ont été poursuivis par l'AFD :

- le renforcement de l'offre hospitalière et médico-sociale (mise aux normes, réhabilitation, capacité) ;
- de manière connexe, le développement des synergies et de la coopération sanitaire avec les États tiers de l'environnement régional des DOM et COM (non inclus dans le périmètre de l'évaluation).

3. ...mais un positionnement encore à conforter sur le médico-social, en complémentarité avec la Caisse des dépôts et consignations (CDC) notamment

Le positionnement stratégique de l'AFD sur le médico-social, comme ses interventions sur la période, reste encore peu connu des opérateurs. *A contrario*, la CDC est historiquement très active sur le secteur médico-social, depuis plusieurs années. Dans la majorité des territoires, la relation entre les deux institutions est plus concurrente que complémentaire.

4. Une montée en puissance des interventions dans la santé en Outre-mer depuis 10 ans

Le portefeuille d'interventions de l'AFD a permis, durant les 13 dernières années, de couvrir l'ensemble des territoires. Dans le domaine sanitaire, l'Agence a participé au financement de la quasi-totalité des grands et moyens investissements hospitaliers sur la période. Dans le domaine médico-social, l'activité est plus récente. Les premiers projets ont été soutenus sur les activités médico-sociales des établissements hospitaliers puis, plus récemment (à partir de 2009), l'Agence a apporté son soutien (financier et technique) à des projets portés directement par le secteur associatif.

Par ailleurs, l'AFD a également joué un rôle d'accompagnateur et d'appui-conseil à travers le financement d'études permettant de nourrir la réflexion des décideurs et porteurs de projets.

5. La contribution à l'essentiel des grands projets structurants de la décennie passée et au rattrapage des territoires en matière sanitaire

Les interventions de l'AFD sur la période 1999-2012 ont globalement atteint les objectifs escomptés de renforcement (mise aux normes, réhabilitation, capacité) de l'offre hospitalière sur le secteur sanitaire, à travers la combinaison de ses deux outils d'intervention (prêts aux collectivités locales [PCL] et études d'appui).

Les financements de l'AFD ont facilité l'accès à l'emprunt, notamment depuis 2009 dans un contexte marqué par le retrait des banques commerciales, et ont participé au phénomène de rattrapage des territoires ultramarins en matière d'offre de soins hospitalière.

Sur le volet médico-social, les contributions sont restées en revanche ponctuelles et peu de résultats sont consolidables. Plusieurs freins expliquent cette situation ; certains sont intrinsèques à la maturité du secteur alors que d'autres relèvent de l'AFD.

6. Une présence permanente ayant permis de faire face à la raréfaction du crédit dans le respect de la subsidiarité

La stratégie de l'AFD s'est construite sur la notion de subsidiarité de ses octrois au secteur public local et hospitalier, ce que confirme son poids relatif dans l'encours de dette des acteurs (25 % en moyenne). Ce poids relatif connaît un accroissement significatif depuis que la disparition de Dexia et la crise financière ont fortement réduit les offres alternatives de financement.

7. Un outil (PCL) compétitif malgré une certaine rigidité et une procédure d'instruction jugée contraignante

Les modalités d'intervention de l'AFD par l'intermédiaire de l'outil PCL ont permis, avec l'apport de bonification, de réduire le coût global des projets. Néanmoins, cet outil présente une certaine rigidité et des défauts, soulignés par les acteurs du sanitaire et du médico-social (durée trop courte, absence de crédits de trésorerie, et taux parfois élevé), qui ont pu amener certaines contreparties à préférer des propositions alternatives à l'AFD.

8. Une valeur ajoutée des interventions de plusieurs natures, d'abord liée à l'apport de la bonification et à la « caution » apportée par l'AFD

Trois types de valeur ajoutée sont principalement reconnus pour les financements de l'AFD et portent spontanément plutôt sur le volet financier, selon les contreparties :

- une valeur ajoutée financière liée à la présence permanente de l'AFD avec l'outil PCL bonifié, sous la forme de prêts importants, un élément essentiel dans un contexte fortement restreint ;
- une valeur ajoutée de « caution », forme de labellisation donnée implicitement par l'AFD au projet et permettant d'attirer d'autres financeurs ou de rassurer certains partenaires ;
- une valeur ajoutée plus technique renvoyant à l'appui-conseil dans certains projets et à l'effet multiplicateur joué par certains financements AFD sur d'autres financeurs.

Recommandations

- Poursuivre la couverture des besoins sanitaires mais appuyer en amont et différemment le médico-social, notamment au travers d'une étude de cadrage.
- Affirmer un positionnement stratégique de « facilitateur » avec les autorités sanitaires et médico-sociales.
- Adopter une position claire et rassurante face aux incertitudes liées au retrait des autres financeurs.
- Optimiser l'outil PCL et la bonification.
- Améliorer le suivi du secteur et de la subsidiarité.
- Renforcer la réactivité de l'AFD.



Synthèse

Enjeux et objectifs de l'évaluation

L'AFD opère dans les secteurs de la santé et du médico-social à travers trois principales modalités : (i) le financement d'investissements à travers l'octroi de prêts (principalement dédiés à l'investissement pour les établissements hospitaliers) ; (ii) l'appui-conseil (à la fois stratégique et opérationnel) ; (iii) le financement de prestations (études notamment).

L'Agence a souhaité, en mandatant une évaluation rétrospective et stratégique, revenir sur ses interventions menées entre 1999 et 2012 pour (i) en comprendre les effets en fonction de son positionnement stratégique et de ses évolutions ; (ii) exposer les mécanismes à l'œuvre dans les territoires au regard de ces évolutions ; et (iii) contribuer à réinterroger sa stratégie dans le domaine de la santé en Outre-mer.

L'exercice évaluatif demandé répond à ces deux principales visées, à travers :

- une évaluation rétrospective, visant un bilan consolidé quantitatif et qualitatif des interventions menées cette dernière décennie ;
- une évaluation formative, aide à la décision (pour la division Santé et le département Outre-mer) d'une stratégie révisée mais également support à la mise en place d'un cadre d'évaluation adapté aux interventions dans l'Outre-mer de

l'Agence, à un moment où les évaluations sont renforcées dans cette zone géographique.

L'évaluation a croisé différents niveaux d'analyses :

- une approche stratégique d'ensemble, à travers des questions évaluatives transversales sur la pertinence et la cohérence de la logique d'intervention, les modalités d'intervention, le positionnement, les résultats et la plus-value des interventions ;
- une approche plus opérationnelle, à travers la revue d'un nombre limité de projets sur les territoires ultramarins autour de questions d'évaluation *ex post* : efficacité et qualité, effectivité et pérennité, efficience, impact des projets ;
- une volonté d'apprécier la valeur ajoutée des interventions de l'Agence.

L'évaluation porte sur l'ensemble des territoires ultramarins concernés par les interventions de l'AFD, à savoir :

- pour les DOM : Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte (DOM depuis mars 2011) ;
- pour les COM : Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Saint-Pierre et Miquelon.

Déroulé de l'évaluation

L'évaluation s'est déroulée en trois phases (cf. schéma 1) :

- la première a eu pour objet de poser les enjeux du contexte d'intervention de l'AFD en matière de santé et de médico-social en Outre-mer (enjeux de besoins sanitaires, d'évo-

lutions institutionnelles, de changement de contexte financier). Elle a présenté ensuite la stratégie de l'Agence et son portefeuille de réalisations. Elle a proposé enfin un référentiel d'évaluation et une méthodologie pour les visites

terrain qui ont permis d'accéder aux évaluations de projets alimentant l'évaluation globale ;

- la deuxième phase a consisté en la réalisation de visites de terrain dans trois géographies : Nouvelle-Calédonie, Guadeloupe, La Réunion-Mayotte. Dans chacun de ces territoires, ont été rencontrées les principales contreparties porteuses d'investissements financés par des prêts de l'AFD, ainsi que les parties prenantes du secteur : autorités de financement et de régulation (Conseil général, agences régionales de santé [ARS], directions des affaires sanitaires et sociales [DASS], Agence sanitaire et sociale [ASS], Province), les autres acteurs du financement public (CDC) ainsi que des porteurs de projets non financés par l'AFD. Les analyses ont permis de renseigner des fiches d'évaluation *ex post* ;
- la troisième phase a été consacrée aux analyses synthétiques, aux compléments de travaux internes et aux restitutions aux instances de pilotage.

L'exercice évaluatif demandé répond à ces deux principales visées, à travers :

- une évaluation rétrospective, visant un bilan consolidé quantitatif et qualitatif des interventions menées cette dernière décennie ;

- une évaluation formative, aide à la décision (pour la division Santé et le département Outre-mer) d'une stratégie revisitée mais également support à la mise en place d'un cadre d'évaluation adapté aux interventions dans l'Outre-mer de l'Agence, à un moment où les évaluations de l'Outre-mer sont renforcées.

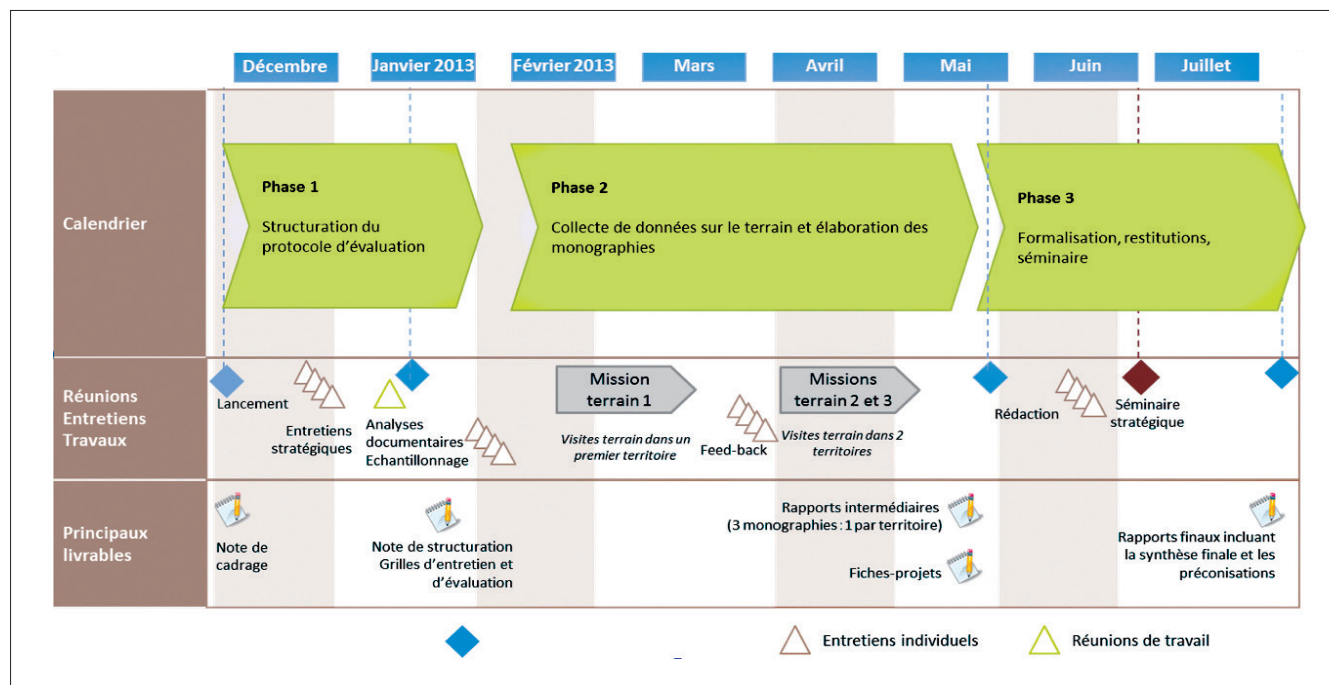
L'évaluation a croisé différents niveaux d'analyses :

- une approche stratégique d'ensemble, à travers des questions évaluatives transversales sur la pertinence et la cohérence de la logique d'intervention, les modalités d'intervention, le positionnement, les résultats et la plus-value des interventions ;
- une approche plus opérationnelle, à travers la revue d'un nombre limité de projets sur les territoires ultramarins autour de questions d'évaluation *ex post* : efficacité et qualité, effectivité et pérennité, efficience, impact des projets ;
- une volonté d'apprécier la valeur ajoutée des interventions de l'Agence.

L'évaluation porte sur l'ensemble des territoires ultramarins concernés par les interventions de l'AFD, à savoir :

- pour les DOM : Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte (DOM depuis mars 2011) ;
- pour les COM : Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Saint-Pierre et Miquelon.

Schéma 1. Les trois phases de l'évaluation



Source : auteurs.

Résultats

Les éléments de synthèse présentés *infra* reprennent les principaux constats et enseignement traités dans les questions évaluatives et sont complémentaires des interrogations et perspectives évoquées dans la troisième partie de ce document.

Une stratégie d'intervention pertinente en réponse aux nombreux besoins de ces secteurs dans les territoires ultramarins...

L'AFD est initialement entrée dans le financement du secteur santé ultramarin par une voie opérationnelle, *via* le financement des collectivités locales. Cette logique d'intervention opérationnelle a progressivement été formalisée au sein de la stratégie de l'Agence, en lien avec l'évolution de la place du secteur de la santé à l'AFD, à travers :

- une structuration progressive d'une offre de financement, d'une équipe dédiée et d'une expertise technique ;

- une recherche d'articulation avec l'ensemble des interventions dans la santé dans les pays en développement et la promotion de l'intégration et de la coopération régionale.

Sur le champ médico-social, la stratégie de l'Agence, plus récente, s'est fondée sur l'analyse des besoins du secteur dans les territoires ultramarins et a bénéficié des expériences de projets d'hôpitaux ayant une forte activité médico-sociale (EHPAD hospitaliers) dans la période 2005-2007.

Sur la période, deux principaux objectifs de niveaux différents ont été poursuivis par l'AFD :

- d'abord le développement de l'offre hospitalière et médico-sociale par son renforcement (mise aux normes, réhabilitation, capacité) ;
- de manière connexe, le développement des synergies et de la coopération sanitaire avec les États tiers de l'environ-

nement régional des DOM et COM (non inclus dans le périmètre de l'évaluation).

La stratégie d'intervention de l'AFD se caractérise également par la volonté, comme sur d'autres secteurs, de dépasser le statut de « simple financeur » en assurant un rôle d'appui-conseil (dialogue stratégique et technique en amont et sur les dossiers) et *via* le financement d'études sectorielles.

Cette stratégie était – et reste fortement – pertinente, compte tenu des besoins importants du secteur sanitaire et médico-social dans ces territoires. En effet, ces derniers (DOM et COM) affichent des besoins et des spécificités démographiques et sanitaires proches, renforcés par leur éloignement et, pour la plupart, leur insularité (marqueurs sanitaires inquiétants, écarts de développement infraterritoriaux importants dans les COM, problématiques d'accès aux soins et d'évacuations sanitaires particulièrement coûteuses).

Si des dynamiques de progrès et de rattrapage sont partout constatées sur le sanitaire depuis 2000, des écarts restent importants dans certains territoires avec un rattrapage encore inachevé (capacité d'hospitalisation en médecine, en chirurgie, en psychiatrie et en moyenne et longue durée, densité médicale, notamment en Guyane, à Mayotte et dans les COM).

Le secteur médico-social est marqué par un sous-équipement des établissements et services pour l'accueil des personnes âgées et en situation de handicap, dans un contexte de vieillissement accéléré, marqué notamment par un retournement démographique aux Antilles.

... mais un positionnement encore à conforter sur le médico-social, en complémentarité avec la CDC notamment

Le positionnement stratégique de l'AFD sur le médico-social, comme ses interventions sur la période, reste encore peu

connu des opérateurs. *A contrario*, la CDC est historiquement très active sur le secteur médico-social, depuis plusieurs années. Dans la majorité des territoires, la relation entre les deux institutions est plus concurrente que complémentaire. Néanmoins, l'absence de perspectives de retour des investisseurs privés devrait amener les deux institutions à renforcer leurs approches communes.

Une montée en puissance des interventions dans la santé en Outre-mer depuis 10 ans

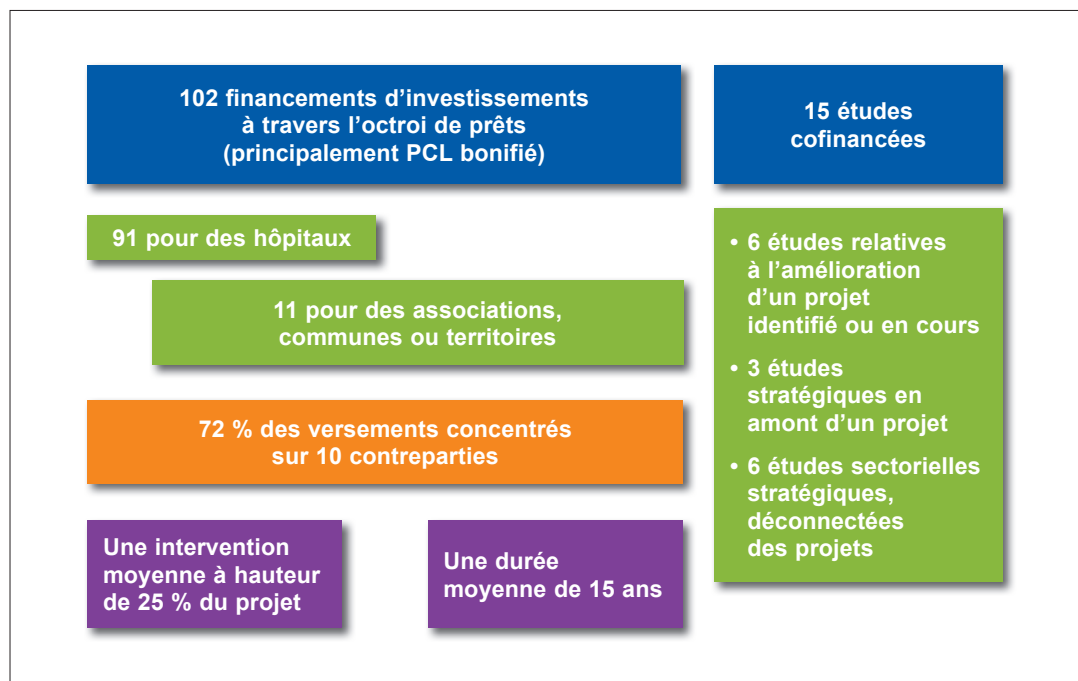
Le portefeuille d'interventions de l'AFD a permis, durant les 13 dernières années, de couvrir l'ensemble des territoires, avec néanmoins une certaine concentration des engagements financiers dans les DOM.

Dans le domaine sanitaire, l'Agence a participé au financement de la quasi-totalité des grands et moyens investissements hospitaliers sur la période, en finançant souvent plusieurs tranches d'un même projet.

Dans le domaine médico-social, l'activité est plus récente. Les premiers projets ont été soutenus sur les activités médico-sociales des établissements hospitaliers (EHPAD hospitaliers) notamment en Guadeloupe. Plus récemment (à partir de 2009), l'Agence a contribué à des projets portés directement par le secteur associatif (EHPAD, foyer d'accueil médicalisé [FAM]) sur les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Sur les engagements financés sur la période, l'AFD intervient en moyenne à hauteur de 25 % des projets mais de manière variable, conformément à sa stratégie reposant sur la subsidiarité. Elle a également joué un rôle d'accompagnateur et d'appui-conseil à travers le financement d'études permettant de nourrir la réflexion des décideurs et porteurs de projets.

Schéma 2. Chiffres clés des interventions de l'AFD dans le secteur de la santé en Outre-mer



Source : auteurs à partir des documents internes de l'AFD.

La contribution à l'essentiel des grands projets structurants de la décennie passée et au rattrapage des territoires en matière sanitaire

Les interventions de l'AFD sur la période 1999-2012 ont globalement atteint les objectifs escomptés de renforcement (mise aux normes, réhabilitation, capacité) de l'offre hospitalière sur le secteur sanitaire, à travers la combinaison de ses deux outils d'intervention (PCL et études d'appui).

Les financements de l'Agence ont facilité l'accès à l'emprunt, notamment depuis 2009, dans un contexte marqué par le retrait des banques commerciales, et ont contribué au phénomène de rattrapage des territoires ultramarins en matière d'offre de soins hospitalière.

Les projets sanitaires analysés sont, du fait de leur inscription dans les schémas stratégiques et de leur validation par les autorités sanitaires, pertinents par rapport aux besoins, cohérents avec les schémas.

Sur le volet médico-social, les contributions sont restées en revanche ponctuelles et peu de résultats sont consolidables. Cette situation s'explique par plusieurs freins, pour certains intrinsèques au secteur (points 1 et 5), pour d'autres relevant de l'AFD (2, 3, 4) :

1. des lignes directrices moins évidentes que ne l'étaient les plans hôpitaux sur le sanitaire, du fait de la territorialisation des institutions en charge (Conseil général et ARS) et du moindre degré de précision financière des schémas ;
2. une position de l'Agence sur le médico-social encore peu affirmée auprès des institutionnels locaux et des opérateurs ;
3. *a contrario* un positionnement historique plus marqué de la CDC sur ce secteur ;
4. un portage complexe et des difficultés relatives par les contreparties liées au modèle de financement et à l'outil PCL (prêt AFD court par rapport aux besoins des contreparties) ;

5. des réflexions encore peu abouties :

- sur les modèles de financement innovant du médico-social ;
- sur les perspectives de développement de la prise en charge du vieillissement et de la dépendance, au-delà de la construction d'établissements médicalisés.

Une présence permanente qui a permis de faire face à la raréfaction du crédit dans le respect de la subsidiarité

La stratégie de l'AFD s'est construite sur la notion de subsidiarité de ses octrois au secteur public local et hospitalier, ce que confirme son poids relatif dans l'encours de dette des acteurs (25 % en moyenne). Ce poids relatif connaît un alourdissement significatif depuis que la disparition de Dexia et la crise financière ont fortement réduit les offres alternatives de financement. De ces constats découlent deux réflexions :

- de fait, la présence de l'AFD a permis le maintien d'une offre financière pérenne, empêchant l'arrêt d'un certain nombre de projets, faute de financement ;
- néanmoins, dans certains cas (et pour l'avenir), le rôle compensatoire qu'est amenée à jouer l'AFD risque de mettre à mal la réalité de la subsidiarité.

Un outil (PCL) compétitif malgré une certaine rigidité, et une procédure d'instruction jugée contraignante

Les modalités d'intervention de l'AFD par l'intermédiaire de l'outil PCL ont permis, avec l'apport de bonification, de réduire le coût global des projets. Néanmoins, cet outil présente une certaine rigidité et des défauts soulignés par les acteurs du sanitaire et du médico-social (durée trop courte, absence de crédits de trésorerie, taux parfois élevé) qui ont pu amener certaines contreparties à préférer des propositions alternatives à l'AFD. Ces rigidités ne facilitent pas son développement dans le secteur médico-social.

Plus généralement, la question du niveau de la bonification peut se poser dans le contexte actuel de raréfaction de la ressource. En effet, l'absence d'offre bancaire suffisante sur

les grands projets amène de fait l'AFD à accroître sans effort sa part relative, jusqu'à avoisiner les 50 % sur certains territoires par la simple existence de son offre. Dans le même temps, elle n'est pas en mesure d'accroître le montant de l'enveloppe budgétaire dédiée à la bonification des taux des PCL.

Les procédures d'instruction, de suivi et de gestion sont intégrées dans le fonctionnement AFD (articulation siège/agences et articulation divisions Santé [SAN]/Outre-mer [OMR]) de manière cohérente avec une approche projet. Celle-ci entraîne une certaine lourdeur, jugée au premier chef pesante par les contreparties. Pour certaines, elle est néanmoins compensée par la qualité/caution que confère cette instruction.

Plus généralement, le mode opératoire de visite et de spécialisation offert par SAN aux contreparties est apprécié pour la qualité des réponses fournies et la connaissance des acteurs.

Au terme de l'instruction, toutes les contreparties admettent que cette complétude est « rassurante » et assure une garantie qualité au projet.

Une valeur ajoutée des interventions de plusieurs natures, d'abord liée à l'apport de la bonification et à la « caution » apportée par l'AFD

Trois types de valeur ajoutée sont principalement reconnus pour les financements AFD et portent spontanément plutôt sur le volet financier, selon les contreparties :

- une valeur ajoutée financière liée à la présence permanente de l'AFD et l'outil PCL bonifié, sous la forme de tickets importants, essentiels dans un contexte fortement restreint ;
- une valeur ajoutée de « caution », forme de labellisation donnée implicitement par l'AFD au projet et permettant d'attirer d'autres financeurs ou de rassurer certains partenaires ;
- une valeur ajoutée plus technique renvoyant à l'appui-conseil dans certains projets et l'effet multiplicateur joué par certains financements AFD sur d'autres financeurs.

De manière synthétique, il serait possible de résumer les différences de point de vue et d'interprétation des valeurs ajoutées de l'AFD de la manière suivante :

- l'AFD elle-même place au premier plan son rôle d'appui-conseil, qui la différencie des autres banques et institutions financières ;
- les contreparties, notamment sanitaires, mettent en avant le choix de l'AFD pour sa bonification ;
- la réalité de la situation financière depuis 2010 place enfin le volume d'octrois comme premier critère d'utilité de l'AFD.

Recommandations

Poursuivre la couverture des besoins sanitaires mais appuyer en amont et différemment le médico-social

► Sur le sanitaire, il s'agit essentiellement d'achever les projets en cours pour parfaire le rattrapage des besoins spécifiques sur certains territoires. En effet, des gros projets en cours restent à achever, maintenant d'importants besoins de financement dans les trois années à venir (notamment sur les projets Koutio en Nouvelle-Calédonie, CGR et Capesterre en Guadeloupe, CHU et PSO à La Réunion).

Recommandations opérationnelles :

- recenser la liste des projets à financer sur les cinq prochaines années sur l'ensemble des territoires ;
 - engager une concertation avec l'ARS sur la capacité du secteur bancaire et des institutions financières publiques à couvrir la programmation des besoins ;
 - engager une concertation avec la Banque européenne d'investissement (BEI) sur leurs intentions réelles (sur Koutio notamment) et la hauteur de leur apport ;
 - phaser de manière pluriannuelle les besoins exprimés.
- Sur le médico-social, au vu des besoins cruciaux, il s'agit pour l'AFD de renforcer son positionnement, et de trouver une complémentarité avec la CDC.

Recommandations opérationnelles :

- identifier les études stratégiques et projets pertinentes avec les contreparties institutionnelles (Conseil général dans les DOM, Province Sud en Nouvelle-Calédonie) ;

- étudier la construction d'une offre complémentaire avec la CDC et délimiter le périmètre d'intervention de chaque institut selon le type d'établissements ;
- sur les EHPAD : définir deux modes de financements (un public et un privé), combinant chacun plusieurs modalités articulées autour de produits¹.

Mode de financement pour le public : un modèle reposant sur la combinaison d'instruments pour assurer le financement durable et soutenable de l'investissement :

- pour le capital : emprunt PCL et fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée (FCTVA), subventions d'investissement ou avances remboursables ;
- pour l'allègement de la charge d'intérêts : bonification et garanties d'emprunt ;
- pour le financement durable des flux de remboursement : rôle de la tarification.

Mode de financement pour le privé :

- pour le capital : emprunt PCL, prise de participation société d'économie mixte (SEM) ;
- pour l'allègement de la charge nette : montage défiscalisant, soumission à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ;

¹ En effet, 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/faït évoluer toutes les pistes de financement : (i) 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 ; (ii) l'absence de modèle public stabilisé exploitant les atouts d'une propriété publique ; (iii) l'absence de modèle privé/associatif exploitant les avantages fiscaux dans un contexte de garantie par la tarification.

- pour l'allègement de la charge d'intérêts : bonification et garanties d'emprunt ;
- pour le financement durable des flux de remboursement : rôle de la tarification.

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.

Ces réflexions seraient à développer par la réalisation d'une étude comparative des modèles de financement des établissements médico-sociaux : (i) modèle financier public (avec propriété publique, relation FCTVA/TVA, portage société publique locale, maîtrise amont du foncier) ; (ii) modèle de financement immobilier (avec défiscalisation, TVA, bail...).

► Sur les autres formes d'hébergement : définir le mode de financement d'une offre alternative aux EHPAD : foyers-logements, plateforme de quartier.

Affirmer un positionnement stratégique 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, alors même que les perspectives et réflexions sont nombreuses. Le rôle d'appui-conseil sur le volet stratégique pourrait être renforcé en poursuivant études et dialogue stratégique.

Recommandations opérationnelles :

L'Agence devrait renforcer son rôle dans le dialogue stratégique, facilité par :

- un dialogue régulier entre les agences locales et les ARS, Conseils généraux et ministères concernés dans l'ensemble des géographies ;
- un dialogue, au niveau central, avec la CNSA et certains acteurs institutionnels clefs du secteur (en lien avec la convention AFD-Union nationale des centres communaux d'action sociale [UNCCAS]) ;

- 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) ;
- l'appui des Conseils généraux dans la planification financière (investissements et impacts en fonctionnement) de leurs schémas médico-sociaux ;
- la réflexion sur la possibilité d'un accompagnement pluriannuel de type budgétaire sur certains plans pluriannuels d'investissement (PPI) conséquents ;
- 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. *infra*) et sur les perspectives de prise en charge.

Affirmer la part de marché cible de l'Agence face aux incertitudes liées au retrait des autres financeurs

Enfin, des incertitudes fortes existent pour l'AFD du fait de la réduction du nombre de financeurs et le désintéressement marqué des banques commerciales. Cette situation induit une augmentation de la part relative de l'AFD et questionne la possibilité de boucler ces tours de table.

Recommandations opérationnelles :

- préciser les intentions de la BEI et les volumes potentiellement associés ;
- recueillir l'intention des grandes collectivités des DOM à participer à l'Agence de financement des collectivités locales ;
- analyser le rôle potentiel des fonds européens auxquels Mayotte est éligible depuis le 1^{er} janvier 2014 .

Optimiser 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 de la santé. L'apport de bonification a permis de réduire – bien que relativement – le coût global des projets.

Néanmoins, la 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.

Recommandations opérationnelles :

- analyser les possibilités d'évolutions de l'utilisation de l'outil PCL pour en allonger la durée et une éventuelle surbonification sectorielle ;
- 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.

Améliorer le suivi du secteur et la subsidiarité

Le suivi des taux pratiqués sur le secteur est aussi nécessaire pour permettre à l'AFD de mesurer en temps réel la pertinence de ses outils et le respect de la subsidiarité.

Recommandations opérationnelles :

- travailler avec les ARS (DOM) et les ministères (COM) pour obtenir la liste des emprunts contractés par les établissements publics de santé (EPS), avec les taux et les prêteurs (comme cela existe pour les collectivités).

Renforcer la réactivité de l'AFD

Sur la phase de mobilisation

- *Alléger les procédures d'instruction*

Pour les bénéficiaires, l'allègement du volume de pièces demandées permettrait une plus forte 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.

- *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'État 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 dans le domaine financier, si nécessaire. De même, la production de deux modèles de financement type pour le médico-social faciliterait l'instruction par une certaine standardisation des dossiers.

De manière transversale : inscrire certains financements dans une logique d'accompagnement budgétaire pluriannuel de la section d'investissement.

Pour les hôpitaux de taille majeure (CHU), ayant des besoins d'investissement récurrents, l'approche pluriannuelle actuellement pratiquée pour les grandes collectivités serait un plus indéniable, d'autant que l'approche projet existe peu dans leur cas (comme les études de cas l'ont démontré).

1. Rappel des objectifs, enjeux et démarche de l'évaluation

1.1. Enjeux et objectifs de l'évaluation

L'AFD intervient en Outre-mer sur les secteurs de la santé et du médico-social à travers trois principales modalités :

- le financement d'investissements à travers l'octroi de prêts (principalement dédiés à l'investissement pour les établissements hospitaliers) ;
- l'appui-conseil (à la fois stratégique et opérationnel) ;
- le financement de prestations (études notamment).

L'Agence a souhaité, en mandatant une évaluation rétrospective et stratégique, revenir sur ses interventions des 13 dernières années (période 1999-2012), pour en comprendre les effets en fonction de son positionnement stratégique et de ses évolutions, pour exposer les mécanismes à l'œuvre dans les territoires au regard de ces évolutions ; et enfin contribuer à réinterroger la stratégie dans le domaine de la santé en Outre-mer de l'AFD.

L'exercice évaluatif demandé répond à ces deux principales visées, à travers :

- une évaluation rétrospective, ayant visé un bilan consolidé quantitatif et qualitatif des interventions menées cette dernière décennie ;

- une évaluation formative, aide à la décision pour la division santé et le département Outre-mer d'une stratégie revisitée mais également support à la mise en place d'un cadre d'évaluation adapté aux interventions en Outre-mer de l'AFD, à un moment où les évaluations sont renforcées.

L'évaluation a croisé différents niveaux d'analyses :

- une approche stratégique d'ensemble, à travers des questions évaluatives transversales sur la pertinence et la cohérence de la logique d'intervention, les modalités d'intervention, le positionnement, les résultats et la plus-value des interventions ;
- une approche plus opérationnelle, à travers la revue d'un nombre limité de projets sur les territoires d'Outre-mer autour de questions d'évaluation *ex post* : efficacité et qualité, effectivité et pérennité, efficience, impact des projets ;
- une volonté d'apprécier la valeur ajoutée des interventions de l'Agence.

1.2. Périmètre de l'évaluation

L'évaluation couvre la période 1999-2012 et porte sur l'ensemble des territoires ultramarins concernés par les interventions de l'AFD, soit :

- les DOM : Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte (DOM depuis mars 2011) ;

- les COM : Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Saint-Pierre et Miquelon.

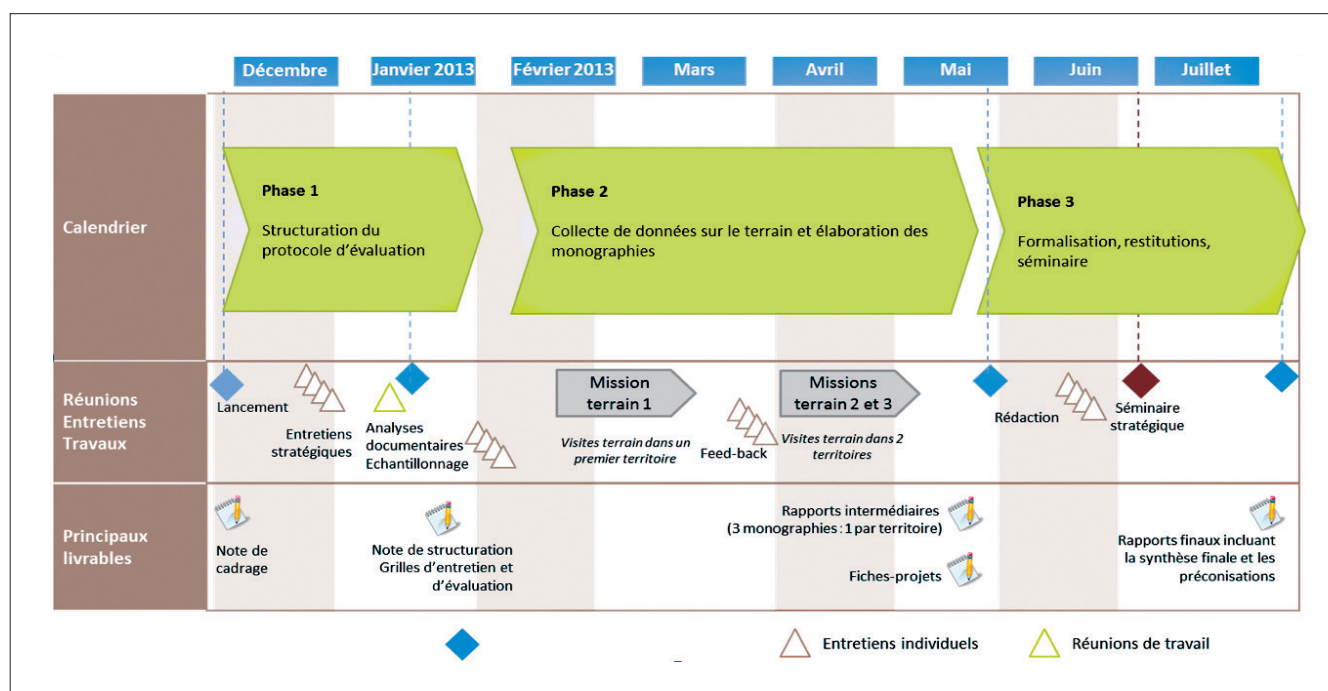
1.3. Méthodologie et démarche de l'évaluation

L'évaluation s'est déroulée en trois phases :

- une phase de structuration, qui a permis de poser les enjeux du contexte d'intervention de l'AFD en matière de santé et de médico-social en Outre-mer (besoins sanitaires, évolutions institutionnelles, changement de contexte financier) et de construire le référentiel d'évaluation, la méthodologie pour les visites terrain et les outils de recueil de données sur le terrain ; elle a été menée au travers d'entretiens réalisés au niveau national, d'une analyse documentaire et d'extractions de données AFD ;

- une phase de terrain avec quatre géographies visitées : La Réunion, Mayotte, Guadeloupe, Nouvelle-Calédonie. Ces visites terrain ont eu pour objectif de recueillir les données sur le volet stratégique et opérationnel auprès des agences locales, des acteurs institutionnels partenaires de l'Agence (ARS, CG pour les DOM, ministères pour les COM du Pacifique), ainsi que des contreparties des projets retenus dans un échantillon représentatif (cf. méthodologie en annexe) et de certaines contreparties sur des projets en prospection ou non aboutis ;
- une phase d'analyse et de formulations de préconisations.

Schéma 3. Les trois phases de l'évaluation



Source : auteurs.

Le présent rapport constitue le rapport final de l'évaluation.

Il a pour objet l'apport de réponses aux questions évaluatives formulées dans le cahier des charges et restructurées dans la note méthodologique initiale, et l'inscription de la problématique dans une perspective d'actualité.

Il est constitué de deux tomes :

- le rapport principal présente l'analyse transversale du portefeuille d'interventions, les réponses aux questions évaluatives et des pistes de réflexion. Une synthèse permet en introduction de restituer les principaux enseignements ;

- les annexes² comprennent l'ensemble des éléments de contexte et d'enjeux des différents territoires, ainsi que les éléments méthodologiques (termes de référence, référentiel d'évaluation, outils de collecte, personnes auditionnées par territoire).

² Les annexes sont téléchargeables sur le site Internet de l'AFD : <http://www.afd.fr/home/publications/travaux-de-recherche/PublicationsExPost/serie-evaluation-capitalisation>

2. Analyse rétrospective du portefeuille d'interventions sur la période 1999-2012

Synthèse/analyse rétrospective du portefeuille d'interventions

Dans le secteur sanitaire et médico-social ultramarin, l'AFD est intervenue à travers :

- 102 financements d'investissements à travers l'octroi de prêts (principalement dédiés à l'investissement pour les établissements hospitaliers) ;
- le cofinancement de 15 études ;
- de l'appui-conseil.

Le portefeuille d'interventions a permis de couvrir l'ensemble des territoires durant les 13 années. Tous ont été appuyés, dans des proportions hétérogènes. On note ainsi une certaine concentration des engagements financiers rapportés à la population à La Réunion, en Guadeloupe et en Martinique.

Dans le domaine sanitaire, l'Agence a participé au financement de la quasi-totalité des grands et moyens investissements hospitaliers sur la période, en finançant souvent plusieurs tranches d'un même projet.

Dans le domaine médico-social, l'activité est plus récente. Les premiers projets ont été soutenus sur les activités médico-sociales des établissements hospitaliers (EHPAD hospitaliers), notamment en Guadeloupe. Puis plus récemment, à partir de 2009, l'Agence a contribué à des projets portés directement par le secteur associatif (EHPAD, FAM) sur les personnes âgées et le handicap.

Sur les engagements financés sur la période, l'AFD intervient en moyenne à hauteur de 25 % des projets mais de manière variable, conformément à sa stratégie reposant sur la subsidiarité (cf. encadré 1). Les prêts consentis sont essentiellement des prêts bonifiés. Ils portent sur une durée moyenne de 15 ans (durée du PCL classique, principal outil utilisé). La subsidiarité est un principe clef à l'AFD, qui intervient en complément des

autres acteurs. Ce rôle a été pleinement joué avec la crise, et le recul des autres acteurs, l'Agence ayant de fait permis le maintien d'un flux important d'octroi de crédits. Le succès qu'il rencontre amène néanmoins à constater dans quelques géographies (et depuis peu d'années) un phénomène de concentration de prêts auprès de l'AFD, qui peut mettre à mal cette même subsidiarité.

L'AFD a également joué un rôle d'accompagnateur et d'appui-conseil. Elle mène ce dernier rôle sous plusieurs formes : dialogue stratégique, dialogue technique, cofinancement d'études, voire combinaison de tous ces rôles. Ainsi, trois types d'études ont été financés (études directement liées à des projets, études amont sur l'opportunité de lancer des projets, études sectorielles déconnectées des projets) sur toute la période, permettant de nourrir la réflexion des décideurs et porteurs des projets.

Encadré 1. Quelques définitions : principe de subsidiarité et principe d'additionnalité

Principe de subsidiarité : l'AFD n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les autres opérateurs et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés par l'AFD. De manière complémentaire, la subsidiarité est aussi entendue comme un rôle de facilitation (bouclage des tours de table) et de réduction des coûts de l'endettement dans un contexte de fragilité financière.

Principe d'additionnalité : les interventions AFD s'ajoutent et ne se substituent pas aux autres financements.

Point méthodologique

Les analyses suivantes proviennent de la reconstitution, sous forme de base de données, des projets identifiés au siège et confortés en région comme relevant des secteurs sociaux et médico-sociaux. Ont été analysées principalement les notes de présentation du projet (NPP) associées, le cas échéant, à d'autres documents projets. Grâce aux enquêtes terrain, la base a été complétée d'éléments plus qualitatifs au fil de l'évaluation.

À cette occasion, il a pu être noté une certaine confusion entre les notions clefs que sont les projets et les concours. Ils sont utilisés dans le présent rapport selon les définitions suivantes :

• Concours financiers :

notion interne à l'AFD qui repose sur une unité financière matérialisée par une enveloppe de prêt associée à un type de produit. Un concours a donc une valeur financière nécessairement inférieure au besoin de financement du projet. Il est instruit par les analystes internes (agences, siège, SAN/OMR) avant de faire l'objet d'une validation/amendement ou d'un rejet en comité décisionnaire (selon le niveau de délégation).

À titre d'exemple, le concours CYT 1029 01 est l'octroi en 2010 d'un prêt de 4,5 M EUR au CH de Mayotte en PCL.

• Projet/opération AFD :

alors que le concours est l'enveloppe financière qui permet le financement (partiel le plus souvent) d'un projet au sens AFD, le « projet AFD » ou « opération AFD » est l'unité opérationnelle considérée par l'Agence comme un tout cohérent auquel s'applique un besoin de financement. Sont par exemple des projets : la participation au financement de la reconstruction d'une unité pédiatrique, la participation au financement de la mise aux normes sismiques d'un établissement, la participation au financement de la modernisation d'une unité de réanimation...

À titre d'exemple, le concours CYT 1029 apporté au CH de Mayotte participe au financement du « projet AFD » de construction de la plateforme logistique de Longoni. Dans ce cas précis, le concours est unique ; il y a donc identité entre le concours et le projet AFD.

Certains projets comptent plusieurs concours. Ainsi, le financement du projet AFD sur l'hôpital Beaulieu (CGP 1257) a mobilisé deux produits financiers (financements premier et second guichet), générant de fait deux concours : CGP 1257 01 et CGP 1257 02.

• Projet global (au sens de la contrepartie) :

la notion même de « projet » est discutable du point de vue de la contrepartie, qui considère souvent la reconstruction dans son ensemble, au-delà des modules techniques ou des tranches annuelles. S'agissant des travaux d'envergure que sont les reconstructions/modernisations des grands hôpitaux d'Outre-mer, les contreparties qualifient souvent de projet (projet global) l'ensemble des opérations ayant contribué au projet immobilier dans son ensemble et sur la totalité de la durée.

À titre d'exemple le concours CYT 1029 apporté au CH de Mayotte participe au financement du « projet AFD » de construction de la plateforme logistique de Longoni, qui lui-même s'inscrit dans le projet global de reconstruction/extension du CH de Mayotte commencé en 1999 et achevé en 2012. Sur ce projet global, l'AFD a apporté 6 concours pour financer plusieurs opérations, s'inscrivant toutes dans le même plan d'extension/mise aux normes/modernisation défini au départ.

Aussi, le terme « projet AFD » a été retenu pour faciliter la compréhension.

2.1. Le financement de 89 projets de l'AFD au travers de 102 concours

L'AFD s'est engagée sur 102 financements de projets conformes à sa stratégie d'intervention sur la période 1999-2012, pour un montant total de 575 987 023 EUR d'engagements et 492 772 803 EUR de versements à ce jour.

L'écart provient essentiellement de reports de projets récents, ayant généré des demandes de différé de décaissement, ou dont la convention de financement n'est pas encore signée. Dans l'ensemble, le taux de versement est proche de 100 % pour les engagements antérieurs à 2011.

Ont été exclus du portefeuille les financements octroyés n'ayant pas donné lieu à signature de convention et clôturés.

Ont en revanche été gardés les projets octroyés et signés, même si aucun décaissement n'est intervenu avant la clôture.

Il s'agit principalement de projets sanitaires liés à la reconstruction ou à la modernisation d'hôpitaux et 91 d'entre eux ont été menés pour des hôpitaux, 11 pour des associations/communes/territoires.

Ces prêts couvrent l'ensemble de l'Outre-mer et, en leur sein, la grande majorité des acteurs de chaque territoire. Néanmoins, cette double couverture n'est homogène ni dans le temps ni dans l'espace.

2.2. Une couverture géographique complète mais une concentration sur certains territoires

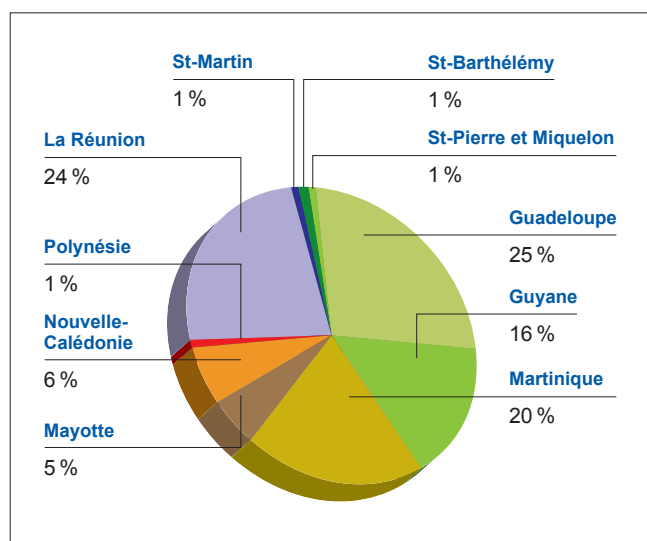
La ventilation des engagements et versements couvre l'ensemble des géographies. Elle montre aussi une concen-

tration forte sur trois territoires : la Réunion, la Guadeloupe et la Martinique.

Tableau 1 et graphique 1. Ventilation des engagements et versements santé 1999-2012 par géographie (en EUR et en %)

TERRITOIRE	ENGAGEMENTS	VERSEMENTS
GUADELOUPE	126 390 024	125 353 004
GUYANE	80 230 000	77 230 000
MARTINIQUE	118 365 000	100 365 000
MAYOTTE	24 932 999	24 932 999
NOUVELLE-CALÉDONIE	52 320 000	31 885 000
POLYNÉSIE	11 056 000	7 056 000
LA RÉUNION	152 340 000	117 340 000
SAINT-MARTIN	2 400 000	2 400 000
SAINT BARTHÉLÉMY	3 453 000	3 210 800
SAINT PIERRE ET MIQUELON	3 000 000	3 000 000
WALLIS ET FUTUNA	1 500 000	Abs. de versement
TOTAL	575 987 023	492 772 803

Source : auteurs à partir des données AFD.



Source : auteurs à partir des données AFD.

Cette concentration se retrouve dans le nombre de projets portés : les géographies les plus mises en avant par les masses financières sont aussi celles où le nombre de projets suivis par l'AFD est le plus important.

La Guadeloupe se distingue particulièrement par son volume d'activité (34 projets financés). C'est aussi sur ce territoire que le médico-social a le plus été financé, dans le prolongement des interventions en santé. Cette « avance » de la Guadeloupe sur les projets médico-sociaux s'explique par la prégnance du besoin de rattrapage médico-social sur l'île, dont le taux d'équipement est nettement inférieur à celui de la métropole mais aussi à celui de la Martinique dont elle partage pourtant le retournement démographique en cours (cf. *infra*, question évaluative 1).

Tableau 2. Ventilation des projets santé 1999-2012 par géographie

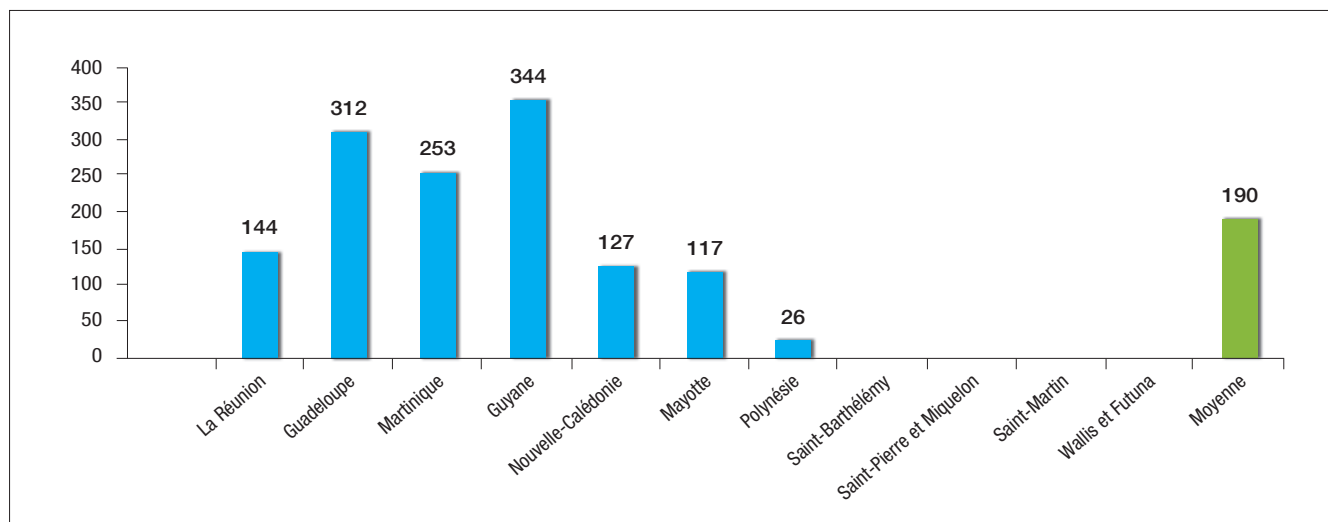
GUADELOUPE	34
GUYANE	8
MARTINIQUE	22
MAYOTTE	6
NOUVELLE-CALÉDONIE	6
POLYNÉSIE	2
LA RÉUNION	19
SAINT-MARTIN	1
SAINT-BARTHÉLÉMY	2
SAINT-PIERRE ET MIQUELON	1
WALLIS ET FUTUNA	1
TOTAL	102

Source : auteurs à partir des données AFD.

La concentration des projets et des masses financières sur les grands territoires est directement corrélée à la taille de leur population, qui a induit des attentions particulières portées par l'ARH puis l'ARS à leur besoin en structures de soins. Il est donc logique, sur une longue période, que la répartition des financements de l'AFD suive la taille des territoires, dont elle doit participer au rattrapage d'équipement.

En revanche, la corrélation ne fonctionne pas pour la Polynésie, où l'intervention de l'AFD a été unique. Le graphique 2 montre ainsi que l'intervention, rapportée à la taille de la population, est la plus petite en Outre-mer.

Graphique 2. Versements AFD 1999-2012 (en EUR/habitant)



Source : auteurs à partir des données AFD.

Cette particularité polynésienne, non justifiée par les besoins du territoire, trouve son explication (i) dans la possibilité que se réserve l'AFD de ne pas accompagner des projets hospi-

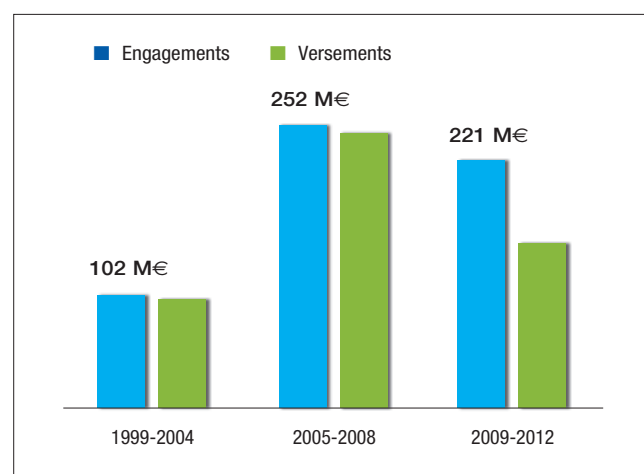
taliers de solidité et de pertinence questionnables, et (ii) dans l'accompagnement parallèle qu'elle apporte néanmoins au territoire au travers de financements globaux.

2.3. Une montée en puissance des financements de l'AFD sur la période

Les interventions de l'AFD n'ont pas été linéaires sur la période. L'évolution des versements met clairement en avant :

- la montée en puissance progressive des engagements de l'Agence tout au long de la période ;
- la rupture de 2005 avec une augmentation des volumes ;
- puis la régularité de ceux-ci à partir de 2009 (période de la mise en œuvre de la stratégie Santé)

Graphique 3. Évolution pluriannuelle des engagements/versements de l'AFD entre 1999 et 2012 : trois grandes phases



Source : auteurs à partir des données AFD.

2.4. Une priorité donnée à la santé sur le médico-social

L'intervention de l'AFD en matière de santé a d'abord été orientée vers le sanitaire, avant d'intégrer en fin de période le champ du médico-social (cf. *infra* question évaluative 1).

Cette stratégie se retrouve dans la répartition des volumes de versements et de projets.

Tableau 3. Ventilation par secteur d'intervention

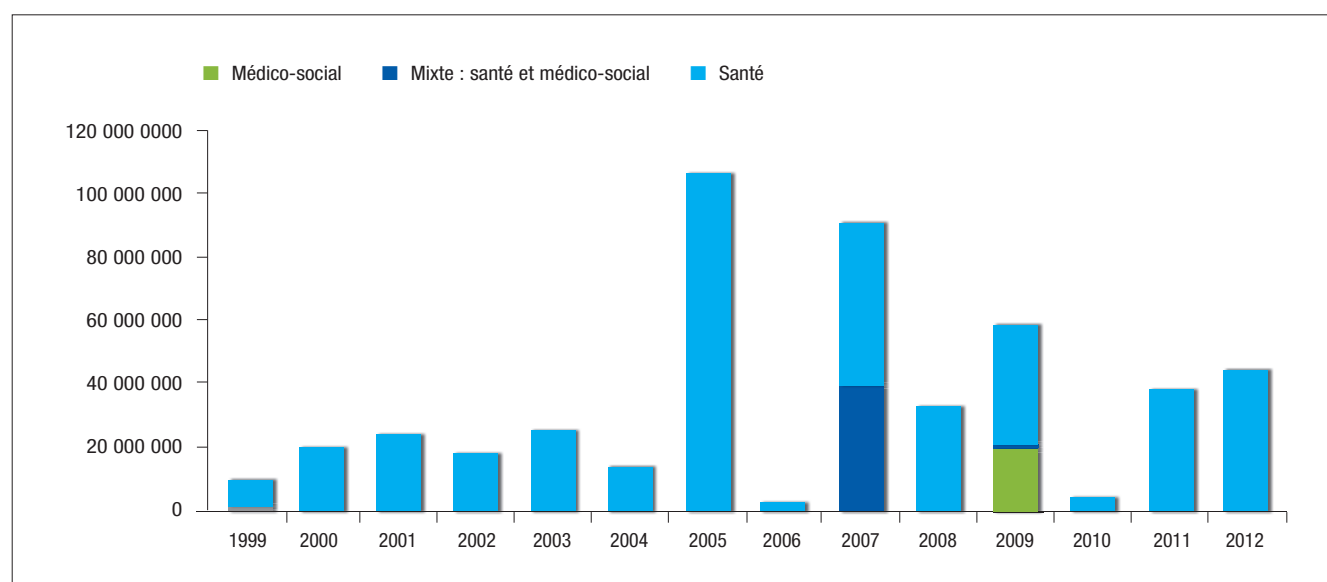
SECTEUR	SOMME DES VERSEMENTS (en EUR)	NOMBRE DE PRÊTS
MÉDICO-SOCIAL	34 100 000	4
MIXTE : SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAL	42 568 000	4
SANTÉ	416 104 803	83
TOTAL	492 772 803	91

Source : auteurs à partir des données AFD.

Ce différentiel découle d'une réalité opérationnelle : les projets médico-sociaux n'apparaissent qu'à partir de 2007 à travers des projets « mixtes » en référence à des projets de nature médico-sociale auprès d'établissements hospitaliers

(EHPAD hospitaliers, principalement guadeloupéens : Beauperthuy, Centre Gériatrique du Raizet...), puis, à partir de 2009, sur des projets spécifiques.

Graphique 4. Évolution comparée des versements santé et médico-social 1999-2012



Source : auteurs à partir des données AFD.

La relative faiblesse des projets médico-sociaux dans les différents territoires sur l'ensemble de la période s'explique par plusieurs facteurs, selon les géographies :

- plus faible maturité des projets médico-sociaux à Mayotte et dans les COM : absence de planification/schémas, absence d'acteurs de cette planification, priorisation des moyens sur d'autres thématiques ;
- difficultés du modèle de financement médico-social, impliquant de manière combinée ARS et Conseils généraux (cf. *infra* questions évaluatives 2 et 4) ;
- positionnement historique de la CDC sur les dossiers médico-sociaux en extension de son intervention sur le logement social.

Encadré 2. Illustration : principales interventions de l'AFD sur la santé et le médico-social à La Réunion

Les projets en santé ont été marqués par deux interventions centrales sur les deux centres hospitaliers des territoires de santé Nord et Sud, actuellement fusionnés en CHU :

- l'important projet de rénovation du CHD de Félix Guyon (Nord) sur la base du plan directeur de reconstruction (réhabilitation de locaux, destruction, locaux de transit, reconstruction) ; certains travaux en cours (parking en partenariat public-privé [PPP], centre de formation, bâtiment de soins critiques) ;
- le projet dit TURBO du Groupe hospitalier Sud Réunion, à partir de 2003 (projet de restructuration et de modernisation des équipements : restructuration et extension du plateau technique des urgences – lits portes – SMUR – réanimation – blocs opératoires et obstétrical...) puis, en 2009, le projet de Pôle femme-mère-enfant.

Ces projets sont désormais regroupés au sein du plan pluriannuel d'investissement du CHU.

Les premières interventions sur le médico-social avaient eu lieu dans les années 1980 auprès de l'association Père Favron (alors association dénommée Union des œuvres sociales de La Réunion - Fondation UOSR). Sur la période analysée, les interventions ont été très faibles sur le médico-social en très grande partie du fait de la position dominante de la CDC sur les dossiers médico-sociaux :

- en 2005, l'AFD est intervenue auprès de l'association St François d'Assise sur le Projet de rénovation en soins de suite et réadaptation (SSR) de l'hôpital d'enfants (ce projet, étiqueté médico-social du fait de la nature de la contrepartie, est en réalité de nature sanitaire) ;
- l'AFD s'est alors heurtée à l'opposition de la CDC sur le projet des trois EHPAD porté par la Fondation Père Favron et a été dans l'obligation de renoncer à un projet pourtant alors en cours d'instruction. Actuellement, un projet (octroyé en 2011) est en cours de formalisation sur la relocalisation, la rénovation et la reconstruction du Foyer d'Accueil médicalisé.

2.5. L'importance des grands projets de construction/rénovation et l'inscription des appuis dans la durée

Sur les 89 projets, 72 % des versements ont été concentrés sur 10 contreparties qui ont mobilisé plusieurs fois l'AFD soit sur différents projets globaux ; soit, plus communément sur plusieurs projets financés par l'AFD contribuant au même projet global. Le cas se comprend aisément sur de grandes

restructurations hospitalières issues du Plan Hôpital, ce dernier, lancé par le ministère, ayant pour objet d'importantes modernisations/restructurations d'hôpitaux de métropole et Outre-mer.

Tableau 4. Les 10 octrois les plus importants

CONTREPARTIE	VERSEMENTS CUMULÉS (EN EUR)	NOMBRE DE PROJETS/OPÉRATIONS AFD
CH Cayenne	74 730 000	7
CHD Félix Guyon	58 500 000	8
Groupe hospitalier Sud Réunion	40 000 000	3
CHU Fort-de-France	36 000 000	8
Syndicat inter-hospitalier Mangot-Vulcin	35 000 000	1
Centre Hospitalier Territorial	25 865 000	2
CH Mayotte	24 932 999	6
CH Beaulieu	22 033 000	5
CH Capesterre	20 146 000	2
Centre gérontologique du Raizet	20 000 000	1

Source : auteurs à partir des données AFD.

Ainsi, opérationnellement, l'AFD a financé dans plusieurs cas des tranches d'un projet global pluriannuel davantage dans une logique de financement budgétaire que de financement de projet (cf. *infra* question évaluative 3).

Le tableau 5 montre la dimension historique de l'accompagnement de l'Agence, qui soutient de fait dans la durée les grands projets de construction, rénovation ou équipement.

Tableau 5. Sommes des versements réalisés entre 1999 et 2012 (en M EUR)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Guadeloupe															
CH Basse-Terre		7,6					7								14,7
Construction							7								7
Modernisation		7,6													7,6
CH Beaulieu			1,5	0,5					20						22
Construction									20						20
Financement partiel du budget d'inv				0,2											0,2
Réhabilitation			1,5	0,3											1,8
CH M. Selbonne	2,4		1,5										1,9		5,8
Construction													1,9		1,9
Équipement médical			0,4												0,4
Financement partiel des investissements	2,4														2,4
Modernisation			1,1												1,1

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
CH Montérnan		0,8	1,1		1,5	3,8	6,6								13,8
Construction hôpital			1,1												1,1
Extension						3,8	6,6								10,3
Financement partiel du budget d'inv					0,7										0,7
Réhabilitation					1										1
Modernisation		0,8													0,8
CH Capesterre	0,1								20						20,1
Reconstruction/ Rénovation									20						20
Modernisation	0,1														0,1
CH Ste-Marie de Marie Galante	0,8	1,5				0,5		1							3,8
Construction hôpital	0,8	1,5				0,5									2,7
Modernisation								1							1
CHU Pointe-à-Pitre			7,6			6									13,6
Budget						3									3
Modernisation						3									3
Construction			7,6												7,6
CGR											20				20
Reconstruction/ Rénovation											20				20
Guyane															
APAJH														2,5	2,5
Construction														2,5	2,5
CH Cayenne	1,4	3		9			16		20					25	75
Budget				9											9
Extension									20						20
Modernisation							16								16
Modernisation et extension	1,4	3													4
Reconstruction/ Rénovation														25	25

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Martinique															
CH Louis Domergue			1,5		1,5	0,4				6,7					10
Construction					1,5	0,4									1,9
Reconstruction/ Rénovation										6,7					6,7
Restructuration budgétaire			1,5												1,5
CH du Marin														0,5	0,5
Budget														0,5	0,5
CHG du Lamentin			1,4			1,4	0,5								3,3
Acquisition						1,4									1,4
Budget							0,5								0,5
Financement partiel du budget d'inv			1,4												1,4
CHU Fort de France	1,5		1,5			1,5	1,5	1,5	11,5	17					36
Budget						1,5	1,5	1,5	11,5						16
Modernisation	1,5		1,5							17					20
CH Lorrain			3,9												3,9
Construction			3,9												3,9
Hôpital du François										8					8
Reconstruction/ Rénovation										8					8
Hôpital local de St Joseph											0,6				0,6
Reconstruction/ Rénovation											0,6				0,6
GCS SI Santé												2,2			2,2
Acquisition												2,2			2,2
CH du Carbet												0,8			0,8
Construction												0,8			0,8
SIH Mangot-Vulcin							35								35
Construction							35								35
Mayotte															

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Mayotte															
CH Mayotte	1,4	1,5		0,4	3,2							4,5		14	24,9
Budget					3,2									14	17,2
Financement plate-forme de Longoni												4,5			4,5
Financement partiel des constructions	1,4	1,5		0,4											3,3
Nouvelle-Calédonie															
CHS A. Bousquet						0,6	0,3		3,9		1,2				6
Budget						0,6	0,3		3,9						4,9
Construction											1,2				1,2
CHT									6,3				20		25,9
Budget									6,3						6,3
Construction													19,6		19,6
Polynésie															
CHT Mamao		1													1
Rénovation		1													1
Réunion															
CHD Félix Guyon		4,5	4,5	4,5			30				15				58,5
Budget											15				15
Financement partiel du budget d'inv		4,5	4,5	1,5											10,5
Reconstruction/Rénovation							30								30
Restructuration et modernisation				3											3
CH. Gabriel Martin				4									0		4
Financement partiel du budget d'inv				1,3											1,3
Reconstruction/Rénovation													0		0
Restructuration et modernisation				2,7											2,7
ASFA							9								9
Restructuration							9								9
CHI Saint-André								0,5							0,5
Réhabilitation/Extension								0,5							0,5

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
EPSMR													5		5
Budget													5		5
Fondation Père Favron														0	0
Budget														0	0
Groupe hospitalier Sud Réunion					20						20				40
Budget											20				20
Restructuration et modernisation					20										20
Saint-Barthélemy															
CH St-Barthélemy									1	2,2					3,2
Budget									1						1
Extension										2,2					2,2
Total général	7,6	19,9	24,5	18,8	26,2	14,1	106	3	91	32,5	59,2	4,9	38,6	41,5	487,3

Source : auteurs, à partir des données AFD.

3. Réponses aux questions évaluatives

3.1. Rappel du référentiel d'évaluation

Le référentiel d'évaluation a été élaboré à partir des deux niveaux de questionnement posés par les termes de référence de l'évaluation :

- un questionnement de nature stratégique, qui porte sur les éléments transversaux relatifs au positionnement et à la stratégie de l'AFD tant dans le domaine de la santé et du secteur médico-social que dans les territoires ultramarins ;
- un questionnement relatif à l'analyse *ex post* des projets soutenus par l'AFD, qui vise à apprécier les projets au regard des critères classiques d'évaluation (efficacité, efficience, cohérence...) complétés par des analyses spécifiques liées notamment à la visibilité, à l'additionnalité et à la valeur ajoutée non financière de l'intervention de l'Agence.

Il se structure autour de quatre thématiques principales :

- pertinence de la stratégie d'intervention ;
- positionnement et cohérence interne et externe ;
- modalités d'intervention et procédure ;
- résultats et effets.

La réponse à ces questionnements repose sur un croisement entre l'analyse stratégique et l'analyse *ex post* des projets, selon un processus itératif. Les évaluations *ex post* ont en effet permis de conforter ou d'amender les analyses stratégiques ainsi que les questionnements évaluatifs et autres jugements plus transversaux issus des entretiens menés avec les services de l'État, les agences et les collectivités territoriales (cf. détail des outils de collecte et de la démarche méthodologique en annexe).

3.2. Pertinence de la stratégie d'intervention : dans quelle mesure les interventions de l'AFD dans le secteur de la santé en Outre-mer répondent-elles aux enjeux et aux besoins identifiés ?

Synthèse et pertinence de la stratégie d'intervention

Comme nous l'avons vu, L'AFD est entrée dans le financement du secteur santé ultramarin par l'opérationnel, *via* le financement des collectivités locales. Cette logique d'intervention opérationnelle s'est parallèlement traduite, au sein de la stratégie de l'Agence, en lien avec l'évolution de la place du secteur santé, à travers (i) une structuration progressive d'une offre de financement, d'une équipe dédiée et d'une expertise technique et (ii) une recherche d'articulation avec l'ensemble des interventions santé dans les pays en développement et la promotion de l'intégration et de la coopération régionale.

Sur le médico-social, la stratégie s'est fondée sur l'analyse des besoins du secteur dans les territoires ultramarins et a bénéficié des expériences de projets d'hôpitaux avec une forte activité médico-sociale (EHPAD hospitaliers entre 2005 et 2007). Sur cette période, deux principaux objectifs étaient poursuivis :

- le renforcement (mise aux normes, réhabilitation, capacité) de l'offre hospitalière et médico-sociale ;
- le développement des synergies et de la coopération sanitaire avec les États tiers de l'environnement régional des DOM et COM.

La stratégie d'intervention de l'AFD se caractérise par quelques principes fondateurs :

- l'inscription dans des projets initiés par les acteurs en charge de la compétence ;
- l'apport de financements complémentaires et non exhaustifs ;
- la volonté (comme sur d'autres secteurs) de dépasser le rôle de « simple financeur » en assurant un rôle d'appui-conseil (dialogue stratégique et technique en amont et sur les dossiers) et *via* le financement d'études sectorielles.

Cette stratégie était – et reste fortement – pertinente, compte tenu des besoins importants du secteur sanitaire et médico-social dans ces territoires. En effet, les DOM et COM affichent des besoins et des spécificités démographiques et sanitaires communs, renforcés par leur éloignement et (pour la plupart) leur insularité :

- des populations encore jeunes mais concernées par les phénomènes de vieillissement, de manière très accélérée dans certains territoires (Antilles, certaines COM), auxquels s'ajoutent une apparition plus précoce de la dépendance et une plus grande précarité des personnes âgées ;
- des marqueurs significatifs : surmortalité infantile, incidences plus fortes de certaines pathologies (diabète, hypertension pour les cinq DOM, VIH pour Guyane, addictologie) ;
- dans les COM, de très grands écarts de développement infraterritoriaux ;
- des indicateurs plus préoccupants dans tous les domaines à Mayotte ;
- des problématiques d'accès aux soins et d'évacuations sanitaires particulièrement coûteuses (notamment pour Wallis et Futuna, Saint-Pierre et Miquelon et la Polynésie française).

Si des dynamiques de progrès et de rattrapage sont partout constatées depuis 2000, des écarts restent importants dans certains territoires.

- sur la capacité d'hospitalisation, avec des taux d'équipement présentant encore des écarts significatifs avec la métropole en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO ; hors obstétrique), en psychiatrie et en séjours de moyenne et longue durée, tout particulièrement en Guyane, à La Réunion, à Mayotte et dans les COM ;
- sur la densité médicale, notamment en Guyane, à Mayotte et dans les COM ;
- sur l'équipement dans le domaine médico-social avec, partout, un sous-équipement des établissements et des services pour les personnes âgées et le handicap.

Rappel méthodologique

Définition et enjeux de la question évaluative

Cette question porte sur la pertinence de la stratégie d'intervention, *i.e.* l'analyse des objectifs poursuivis par l'Agence face aux enjeux et besoins des territoires. Elle vise à analyser la stratégie formellement définie et ses évolutions sur la période, et à mettre en exergue la logique d'intervention dans la pratique.

L'analyse *ex post* des projets vise à apprécier le rôle de l'intervention au regard du contexte de financement des investissements et eu égard aux enjeux locaux en relation avec les réponses éventuelles apportées par d'autres acteurs ou en raison de leur localisation.

Principales sources d'information et données

Ce questionnement repose principalement sur :

- l'analyse documentaire des différents documents stratégiques depuis 2000 et la lecture croisée entre la stratégie sectorielle (santé), les stratégies géographiques (stratégie Caraïbes, océan Indien...) et la stratégie Outre-mer ;
- l'analyse du portefeuille d'intervention ;
- les investigations de terrain et les entretiens stratégiques ;
- des entretiens au niveau national.

3.2.1. L'importance des besoins et enjeux des secteurs dans le domaine de la santé et du médico-social en Outre-mer

L'analyse complète des besoins et de leur évolution sur les dix dernières années, par territoire et de manière consolidée, est présentée en annexe. Les éléments ci-après reprennent synthétiquement les principales tendances.

Des enjeux démographiques importants

Si la croissance démographique est en moyenne plus importante dans les DOM qu'en métropole depuis les années 1960, on relève de grandes disparités entre les territoires : le taux de croissance est très élevé à Mayotte, important en Guyane et à La Réunion, mais relativement faible en Guadeloupe et en Martinique (inférieur à la métropole). Ces chiffres sont liés aux taux de natalité et de mortalité ainsi qu'aux mouvements migratoires. En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, la croissance démographique et la densité de population sont en augmentation. Les collectivités de Wallis et Futuna et de Saint-Pierre et Miquelon sont caractérisées par un déclin démographique, lié à une importante émigration (jeunes pour Wallis et Futuna, familles pour Saint-Pierre et Miquelon).

La population est donc globalement encore marquée par la surreprésentation de sa jeunesse dans les départements

et collectivités d'Outre-mer (DCOM) : les moins de 20 ans y représentent 28 % (Martinique) à 54 % (Mayotte) de la population, contre 25 % en métropole. Elle est néanmoins également fortement concernée par le phénomène de vieillissement, à l'exception de la Guyane et de Mayotte. Le vieillissement est très significativement accéléré aux Antilles (cf. graphique 5), mais également dans les COM (Polynésie française, Wallis et Futuna et Saint-Pierre et Miquelon notamment) du fait de la faible croissance démographique, de l'allongement de la durée de vie, de la diminution du taux de natalité et de fécondité, de l'héliotropisme des personnes retraités, et de l'émigration des jeunes actifs.

Ce vieillissement s'accompagne d'un accroissement du nombre de personnes en situation de dépendance, et d'un développement des activités à destination de ce public, dans un contexte de précarité, de pauvreté et de chômage globalement beaucoup plus défavorable dans les DCOM qu'en métropole. On note ainsi, dans ces territoires, une apparition plus précoce de la dépendance et une plus grande précarité des personnes âgées.

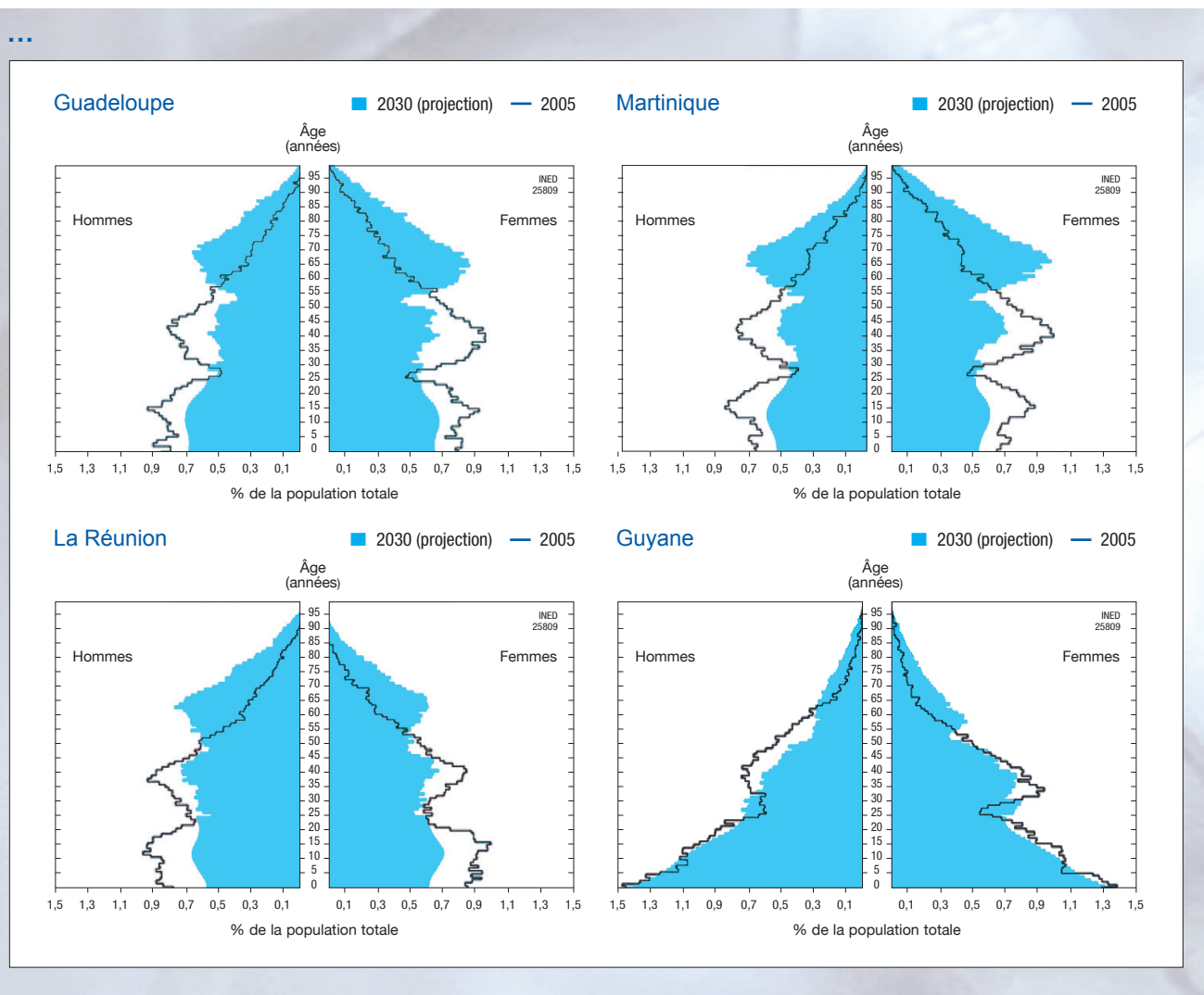
Le taux de familles monoparentales – pour l'essentiel composées de femmes vivant seules avec leurs enfants – est deux à quatre fois plus élevé dans les DOM qu'en métropole.

Encadré 3. Projections démographiques dans les DOM

Le graphique 5 met en évidence le caractère atypique du profil démographique des DOM et leur évolution, qui combine une jeunesse plus marquée qu'en métropole avec une dynamique de rattrapage accéléré du vieillissement. Il montre notamment :

- une structure de la population différente entre la Guadeloupe et la Martinique, d'une part, avec une structure démographique proche de la métropole, et La Réunion et la Guyane d'autre part. La Réunion, DOM le plus peuplé, et plus encore la Guyane, ont une démographie – et notamment une natalité dynamique – très jeune : respectivement quasiment un tiers et la moitié de la population ont moins de vingt ans ;
- dans l'avenir, le vieillissement de ces territoires va, comme en métropole, s'accélérer. Les phénomènes sont particulièrement forts aux Antilles.

...



Source : Institut national d'études démographiques (INED), 2009.

État de santé des populations ultramarines : des marqueurs spécifiques et une mortalité infantile élevée

Si l'on constate que, dans l'ensemble, l'espérance de vie à la naissance a fortement progressé dans les DCOM (la Martinique, la Guadeloupe et la Polynésie ont quasiment atteint le niveau de la métropole), Mayotte demeure à l'écart de ce rattrapage tandis que l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes demeure plus prononcé dans les DCOM qu'en métropole.

L'état de santé des populations ultramarines reste marqué par une surmortalité infantile et des niveaux de prévalence de cer-

taines pathologies (diabète, hypertension, VIH notamment en Guyane, addictologie) beaucoup plus élevées qu'en métropole :

- la mortalité infantile est deux fois plus importante dans les DCOM qu'en métropole (jusqu'à quatre fois supérieure à Mayotte) ;
- les maladies infectieuses et parasitaires sont globalement bien plus élevées dans les DOM qu'en métropole (surtout en Guyane), de même que les maladies endocriniennes comme le diabète (surtout en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion), le VIH (surtout en Guyane), l'hypertension artérielle sévère (surtout en Guadeloupe et en Martinique)

;

- les pathologies liées à des comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, mauvaise alimentation, consommation de drogues illicites) sont plus importantes en Outre-mer qu'en métropole ;
- le nombre d'accidents de la route, tout comme le nombre de suicides, sont préoccupants.

Une offre de soins en rattrapage sur la période mais présentant des écarts persistants avec la métropole

L'offre de soins dans les DOM est globalement inférieure à celle de la métropole, tant pour l'offre hospitalière que libérale (avec toutefois des différences notables selon les territoires et selon les disciplines). De plus, certaines spécificités des régions ultramarines – risques naturels (cyclones, tremblements de terre), insularité, éloignement de la métropole – induisent des difficultés bien identifiées, notamment :

- l'organisation d'une offre de soins au sein d'archipels ;
- des problématiques de recrutement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- un positionnement complexe mais nécessaire en matière de recherche ou de coopération interrégionale et interna-

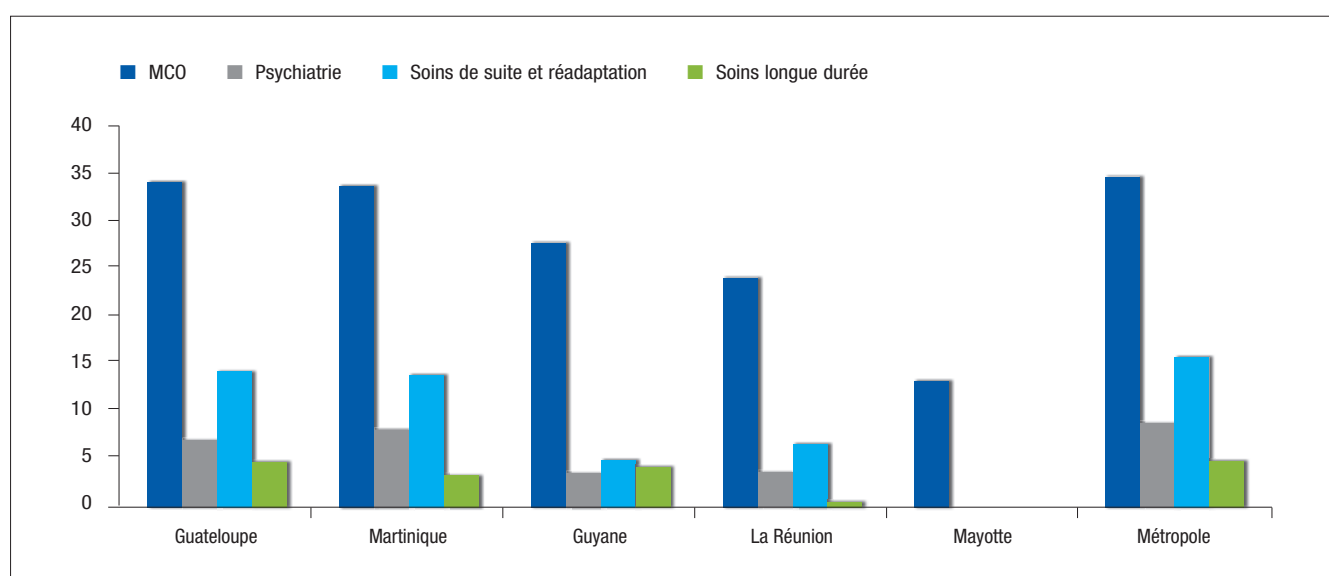
tionale ;

- des difficultés financières, notamment liées aux coûts de mise aux normes en matière de risques naturels ou aux transports (évacuations sanitaires), bien supérieurs aux « standards » métropolitains.

Les DOM présentent en général une faible densité médicale par rapport à la métropole, qui s'explique par l'absence de cursus intégral en médecine. On constate toutefois une augmentation des densités en médecins généralistes dans les DOM, qui contraste avec la baisse constatée en métropole. La Réunion est le département d'Outre-mer le mieux doté en professionnels de santé. À l'inverse, le secteur libéral est quasiment inexistant à Mayotte, totalement inexistant à Wallis et Futuna (densité médicale extrêmement faible) et insuffisante en Guyane. En Nouvelle-Calédonie, et plus encore en Polynésie française, la densité médicale est en augmentation.

L'offre hospitalière présente une dynamique de rattrapage en cours avec la création de places et lits d'une part, et la modernisation d'une partie importante du parc installé d'autre part. Elle demeure néanmoins moins développée qu'en métropole (cf. graphique 6).

Graphique 6. Taux d'équipement pour 10 000 habitants en 2011



Source : fiche de synthèse SAE 2011.

Sur les données MCO, par rapport à la métropole, les taux d'équipement sont légèrement inférieurs aux Antilles, inférieurs en Guyane, à La Réunion, en Nouvelle-Calédonie, et très notablement à Mayotte. Seules les activités d'obstétrique sont plus développées dans les DOM, reflet du dynamisme démographique de ces territoires.

Les taux d'équipement (lits installés) en psychiatrie sont très en deçà de ceux de la métropole en Guyane, à La Réunion, en Nouvelle-Calédonie et à Mayotte ; les équipements en SSR et de longue durée sont peu nombreux et saturés.

À ces écarts, s'ajoutent, pour certains territoires, des disparités territoriales encore marquées (Nouvelle-Calédonie, Wallis et Futuna, Saint-Pierre et Miquelon).

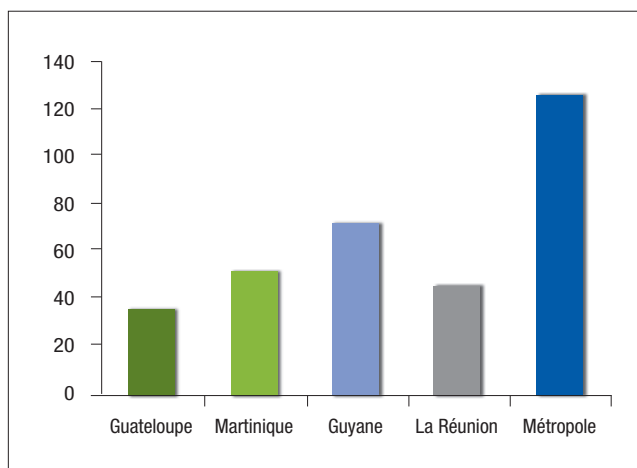
Des besoins cruciaux sur le médico-social

On observe une situation globale de sous-équipement dans les DOM, et plus encore dans les COM³ :

- sur les personnes âgées, avec notamment des taux d'équipement encore inférieurs en dépit d'une augmentation du nombre de places (EHPAD et SSIAD notamment) ;
- sur le handicap, avec des taux d'équipement globalement inférieurs et une augmentation hétérogène selon les régions.

Le taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dans les DOM est bien inférieur à celui de la métropole (absence d'établissement autorisé à Mayotte). On observe toutefois un accroissement du nombre de lits depuis 2007, objectif prioritaire des schémas départementaux. L'hébergement alternatif (accueil de jour ou hébergement temporaire), également visé par les plans départementaux et régionaux, se développe afin de soulager les familles et les aidants. La capacité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) a fortement augmenté dans les DOM depuis 2007, mais ils ne sont pas encore en mesure de satisfaire la demande croissante. En Polynésie, la politique à l'égard des personnes âgées accorde une place prépondérante à la solidarité familiale, pilier du maintien à domicile.

Graphique 7. Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, pour 1 000 personnes de 75 ans et plus



Source : Statiss 2011.

En matière de handicap, le taux d'équipement des DOM est inférieur à celui de la métropole, notamment dans le domaine de l'accueil des adultes handicapés (retard notable de la Guyane, absence d'établissement autorisé à Mayotte). La Nouvelle-Calédonie et la Polynésie mettent en œuvre une démarche de structuration et de professionnalisation du secteur du handicap, mais il n'y a pas de recensement clair des données et des structures dans ce domaine. Saint-Pierre et Miquelon dispose d'une offre médicale et médico-sociale à destination des personnes âgées et handicapées (structures d'hébergement, SSIAD, services d'aide à domicile). L'offre médico-sociale serait quasi inexistante à Wallis et Futuna (absence de données précises), le territoire ne compterait qu'une seule association de prise en charge du handicap.

³ On note néanmoins une absence de données et de recensement clair des structures dans les COM (cf. détail en annexe).

3.2.2. Une logique d'intervention ayant débuté par l'opérationnel avant d'intégrer la stratégie

Une logique d'intervention pragmatique du financement public des collectivités vers les hôpitaux, puis un élargissement sur le médico-social

Le glissement du financement des collectivités locales vers celui des acteurs du sanitaire

Dans la pratique, la santé est d'abord rentrée en Outre-mer par l'opérationnel avant d'intégrer la stratégie. En effet, ce sont les prêts budgétaires aux collectivités qui parfois ont mis à jour des « tranches » de projet santé (PMI notamment, centres de santé) au sein d'investissements communaux.

Cette présence auprès du secteur public a entraîné des contacts avec les établissements publics de santé menant, de manière opportuniste, à un financement d'équilibre ou de projet hospitalier. Les volumes générés par les plans hôpitaux ont ensuite pris le relais.

L'Agence s'est alors inscrite au sein des grands plans d'investissements notamment portés par les plans hôpitaux 2007 et 2012. Ces plans applicables en Outre-mer, d'abord dans les DOM, puis, par extension, dans certains territoires (comme la Nouvelle-Calédonie, pour permettre le financement de Koutio), ont permis des rattrapages importants pour les établissements, générant un appel d'air en termes de besoins de financement dans lequel l'AFD, nouvellement équipée d'une stratégie santé Outre-mer (exprimée dans le cadre d'intervention sectoriel [CIS] Santé), a su trouver sa place. L'AFD a ainsi été de tous les tours de table des grands projets hospitaliers, dans une position de dialogue avec les ARH puis les ARS.

Une structuration progressive d'une offre de financement, d'une équipe dédiée et d'une expertise technique

Pour accompagner cette opportunité et en structurer la stratégie, l'AFD a renforcé ses moyens d'expertise en mettant d'abord en place une organisation spécialisée. Ainsi, la division Santé (SAN) a recruté, en 2005, un directeur d'hôpital, afin de

contribuer aux instructions de projets hospitaliers en Outre-mer, financés tout particulièrement par le Plan hôpital 2007. La structuration de l'expertise de la division s'est faite de manière complémentaire aux activités et équipes de l'Outre-mer (OMR siège et agences locales). L'expertise spécifique sur l'Outre-mer de la division SAN représente au global un peu moins d'un équivalent temps plein (ETP) sur l'ensemble de l'équipe (qui gère l'ensemble des interventions santé en Outre-mer et dans les pays en développement). Enfin, elle a renforcé son expertise technique interne par la production de travaux dédiés sur les risques spécifiques des établissements de santé, notamment une fiche dédiée d'analyse des risques.

La réflexion et l'élargissement au secteur médico-social

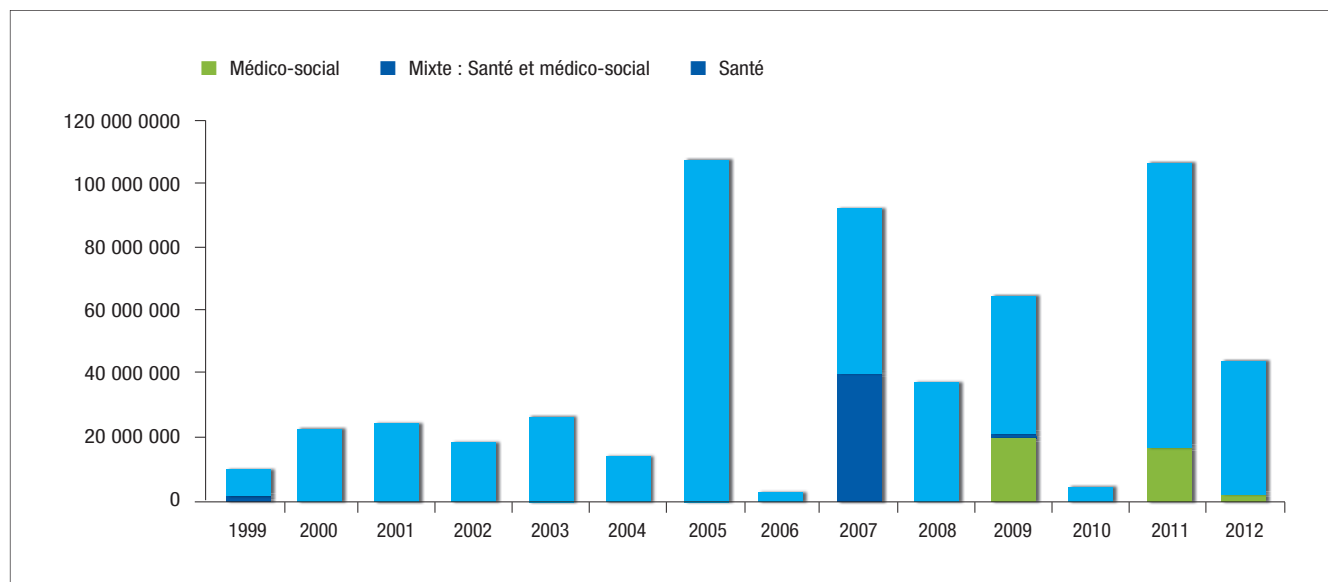
Sur le médico-social, deux principaux mouvements se sont conjugués : d'un côté, l'AFD a financé des projets mixtes *via* le financement de projets d'hôpitaux avec une forte activité médico-sociale (EHPAD hospitalier, cf. *supra*) ; de l'autre, l'équipe dédiée a engagé une réflexion stratégique sur le secteur médico-social mettant en exergue les forts besoins, la faiblesse des équipements et les projections démographiques spécifiques de ces territoires. Ces travaux ont notamment pris la forme d'une étude sur les impacts du médico-social sur les finances du Département de la Guadeloupe.

Des interventions qui reflètent cette logique d'intervention

L'analyse du portefeuille reflète *a posteriori* cette stratégie et les grandes étapes de la stratégie de l'Agence (cf. graphique 8) :

- 1999-2004 : apparition de projets dans le domaine de la santé issus du glissement s'étant opéré des collectivités locales ;
- 2005-2008 : montée en puissance des engagements sur le sanitaire et apparition des projets « mixtes » (santé et médico-social) ;
- 2009-2012 : maintien d'engagements majeurs sur le sanitaire et émergence de dossiers médico-sociaux, correspondant à la période de mise en œuvre de la « stratégie Santé ».

Graphique 8. Évolution des engagements dans le domaine de la santé et du médico-social 1999-2012



Source : auteurs à partir des données AFD.

Ces engagements sont révélateurs d'une double situation :

- l'Outremer représente une part importante des engagements de SAN (38 % sur la période 2004-2011) alors que sa place dans la stratégie santé est très modeste ;
- la santé a été un vecteur de maintien du volume d'engagements d'OMR alors même que le rattrapage n'est pas un axe fort de la stratégie Outre-mer (pour l'Outre-mer, les secteurs santé et médico-social représentent 16 % des engagements de l'année 2011).

En parallèle, une stratégie qui positionne l'AFD au-delà d'un « simple financeur »

Des enjeux formalisés au sein de la stratégie du secteur santé de l'AFD, en réponse aux besoins des secteurs

Au sein de la stratégie sur la santé, les interventions de l'AFD en Outre-mer font formellement leur apparition dans le cadre d'intervention stratégique de 2007 à deux niveaux : au niveau stratégique, dans la présentation des enjeux en santé et dans les priorités d'intervention de l'Agence ; au niveau opérationnel à travers des modalités précises d'intervention de l'AFD dans des projets géographiquement situés sur des territoires d'Outre-mer.

Ce ciblage géographique est justifié, dans le document, par plusieurs facteurs, reprenant les principaux besoins identifiés par l'AFD. La stratégie évoque également les besoins en expertise spécifique à l'Outre-mer et cite notamment les besoins potentiels des COM et les besoins spécifiques du secteur médico-social. L'enjeu est donc de proposer des réponses ciblées et adaptées aux besoins de chaque collectivité et de chaque secteur en termes de prise en charge des populations.

Encadré 4. Rappel : genèse de la stratégie sur la santé

Historiquement, la santé est rattachée au secteur des projets sociaux, créé en 1999 au sein de l'AFD à partir d'un mandat du ministère des Affaires étrangères (MAE) relatif au développement des infrastructures sociales. Ces projets s'inscrivent dans la dernière des trois finalités dans les plans d'orientations stratégiques (POS) successifs de l'Agence (POS I, II et désormais III), concernant le renforcement de la cohésion sociale. Derrière cet objectif, la santé se trouve associée à d'autres politiques sectorielles, notamment les politiques d'éducation.

...

...

Depuis 2004, l'AFD est responsable de la mise en œuvre de l'aide bilatérale en santé, ainsi que de l'assistance technique qui l'accompagne (depuis 2005). Si celle-ci n'est pas un secteur d'intervention traditionnel, la diversification sectorielle des interventions de l'Agence amorcée depuis le début des années 2000 a permis de renforcer progressivement le positionnement de l'AFD dans le secteur de la santé.

Une inscription au sein d'une stratégie Outre-mer repensée en 2005

En parallèle, la stratégie sur la santé en Outre-mer s'est inscrite dans la stratégie régionale portée par l'Agence. Au cours de la période analysée, celle-ci a été redéfinie à deux niveaux :

- au niveau interne : révision du cadre et des modalités d'intervention de l'Agence et recherche d'un rôle plus adapté, s'appuyant sur ses capacités financières, ses capacités d'expertise, son implantation aussi bien dans les DCOM que dans les pays limitrophes et plus lointains ;
- au niveau externe : recherche d'une meilleure articulation entre les interventions de l'Agence et les partenaires publics, au premier rang desquels les tutelles (MAE, délégation générale à l'Outre-mer [DéGéOM]).

En matière d'intervention, l'évolution de la stratégie de l'AFD s'est traduite...

- ...pour le secteur public et les collectivités locales : par l'abandon du premier guichet (prêts bonifiés) et du second guichet (prêts à taux de marché), des outils « historiques » de l'Agence et par la création d'un outil unique : le PCL (prêt bonifié) ;

- ...pour le secteur privé : par la cession de tout ou partie de ses filiales bancaires entre 2003 et 2007 et par la création du PAI, en substitution au refinancement bonifié des sociétés de crédit. Depuis 2011, ce dernier a cependant été supprimé et l'AFD peut désormais intervenir auprès du secteur privé ultramarin *via* des prêts directs aux entreprises à des conditions de marché (PCM), en cofinancement avec le secteur bancaire local, ou *via* des lignes de refinancement aux établissements bancaires installés dans l'Outre-mer. PROPARCO réalise, quant à elle, des interventions en fonds propres ou quasi-fonds propres.

Cette révision de l'offre de prêt de l'AFD devait permettre de répondre à trois grandes critiques :

- une entorse à la concurrence, dénoncée en particulier par Dexia et d'autres banques commerciales ;
- un message brouillé par la coexistence des deux guichets ;
- des incohérences de la grille de tarification et de marge proposée par l'AFD sur ces deux guichets.

Encadré 5. Rappel : genèse de la stratégie en Outre-mer

Historiquement, la stratégie de l'AFD en Outre-mer repose sur un engagement de plus de 70 ans, qui a évolué au cours du temps pour s'adapter à l'évolution du contexte, mais qui résulte également de choix stratégiques et institutionnels concernant le positionnement de l'Agence. Celle-ci est depuis longtemps chargée de contribuer au « *ratissage d'équipement de l'Outre-mer* ».

À partir de 2005, et telle que définie par le POS 2007-2011 (POS II), la stratégie de l'AFD en Outre-mer s'articule autour de trois finalités : la convergence économique, l'intégration régionale et la préservation de l'environnement. L'Agence a notamment pour objectifs de se positionner dans l'Outre-mer comme « *partenaire de l'État et des collectivités locales au service du développement durable et de déployer une offre diversifiée intégrant conseil, renforcement des capacités et financement dans chaque pays et collectivité d'Outre-mer* ».

D'une manière générale cependant, la stratégie n'est que brièvement formulée dans les cadres d'intervention. Aussi, il est difficile de se prononcer sur sa pertinence globale, au-delà de celle des objectifs annoncés.

La volonté d'une approche plus globale que celle de « simple financeur », depuis 2005

Après avoir longtemps contribué à combler les carences des systèmes bancaires locaux, l'ambition de l'AFD (amorcée depuis 2005) est de dépasser son rôle de « simple » financeur et de se positionner davantage en appui des politiques publiques. L'ancienneté de sa présence et sa connaissance des problématiques ultramarines, les liens que les différentes agences locales ont su nouer avec les décideurs locaux mais également l'expérience tirée de ses interventions dans les autres territoires, lui confèrent une réelle valeur ajoutée par rapport aux autres institutions, publiques ou privées, intervenant dans l'Outre-mer.

C'est dans le secteur public (collectivités, SEM, etc.) que la stratégie d'intervention de l'AFD a été le plus fondamentalement repensée ces dernières années. Initialement concentré sur un dialogue avec les collectivités, se limitant aux questions financières sous un angle de financement budgétaire, son rôle se place désormais dans le financement de projets mais aussi dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques (rôle de « facilitateur »), afin de favoriser un double rattrapage, en matière d'infrastructures et d'équipements mais aussi de capacité de gestion des collectivités (programmes de restructuration financière des collectivités, retour à l'équilibre).

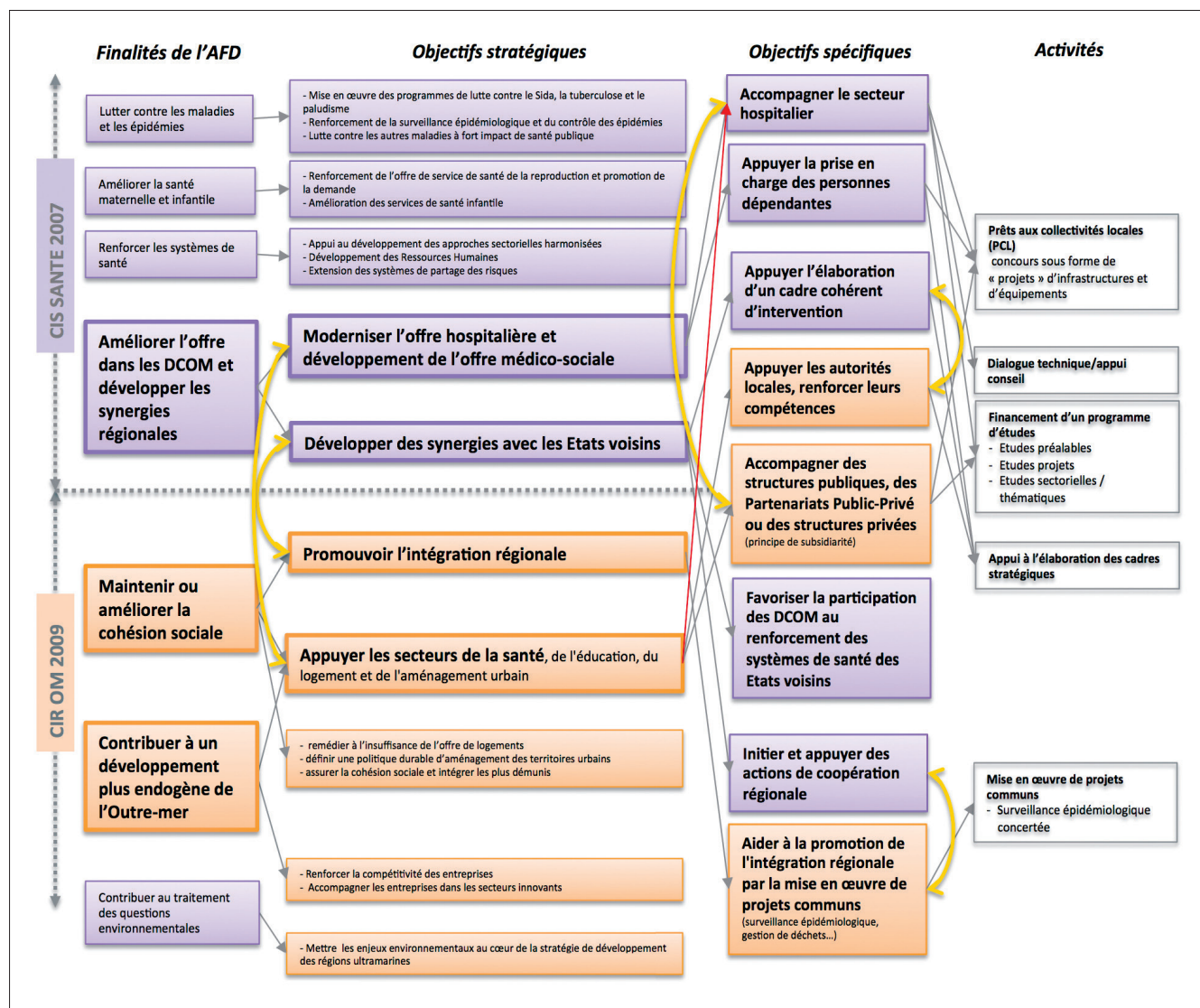
L'AFD cherche ainsi à se situer dans une logique d'appui et de conseil, en connexion ou non avec ses financements. Cet appui peut prendre différentes formes :

- réalisation d'études d'impacts en amont ;
- appui méthodologique dans l'élaboration de documents stratégiques, ou de politiques sectorielles (eau, déchets, santé, aménagement urbain...) ;
- développement de partenariats locaux ;
- organisation ou contribution à des manifestations mettant en avant le savoir-faire de l'AFD (ex : participation aux Assises de l'eau).

L'AFD n'a pas abandonné pour autant son rôle de financier ; celui-ci demeure en effet important pour sa légitimité, notamment avec la crise économique et financière, le ralentissement des économies ultramarines, le démantèlement de Dexia... Ces événements ont entraîné un retour du positionnement financier de l'AFD, et légitimé le recours accru aux produits financiers développés par l'Agence pour favoriser l'investissement des entreprises et des collectivités locales (cf. *infra* question évaluative 3).

La reconstitution de la logique d'intervention (cf. schéma 4), à partir des deux documents de la période 2007 – rapprochement des deux approches santé et Outre-mer.

Schéma 4. Cadre d'intervention de l'AFD en Outre-mer dans le secteur de la santé



Source : auteurs, à partir des données AFD.

3.3. Positionnement et cohérence : dans quelle mesure le positionnement actuel de l'AFD est-il bien identifié, reconnu et apprécié et optimise-t-il les synergies avec les autres interventions, régionales et sectorielles, de l'AFD comme de ses partenaires ?

Positionnement et cohérence – synthèse

Sur le secteur santé et médico-social en Outre-mer et sur la période analysée, le positionnement de l'Agence doit être appréhendé sous différents angles :

- par rapport aux autres opérateurs financiers (banques commerciales, CDC...) dans un contexte de crise financière et de raréfaction des crédits ;
- par rapport aux autorités sanitaires et médico-sociales qui planifient la stratégie. Ces acteurs sont à différencier entre les DOM, qui relèvent des mêmes réglementations qu'en métropole (ARS et Conseil général), et les COM (réglementations spécifiques, compétences exclusives...) ;
- par rapport enfin à ses propres interventions auprès d'autres acteurs et États tiers de l'environnement immédiat des territoires d'Outre-mer.

La stratégie de l'AFD s'est construite sur la notion de subsidiarité de ses octrois au secteur public local et hospitalier, ce que confirme son poids relatif dans l'encours de dette des acteurs (25 % en moyenne). Ce poids relatif connaît un alourdissement significatif depuis que la disparition de Dexia et la crise financière ont fortement réduit les offres alternatives de financement. En découlent deux réflexions :

- la présence de l'AFD a permis, de fait, le maintien d'une offre financière pérenne, empêchant l'arrêt d'un certain nombre de projets par absence de financement ;
- néanmoins, dans certains cas (et pour l'avenir), le rôle compensatoire qu'est amené à jouer l'AFD risque de mettre à mal la réalité de la subsidiarité.

Le positionnement de l'AFD sur la santé et le médico-social est très proche du périmètre d'intervention de la CDC, sans que les deux ne se confondent néanmoins. Dans la majorité des territoires, la relation entre les deux institutions est plus

concurrente que complémentaire. Néanmoins, l'absence de perspectives de retour des investisseurs privés devrait amener les deux institutions à renforcer leurs approches communes.

L'articulation avec les ARS et les Conseils généraux est une réalité opérationnelle puisque l'offre de l'AFD s'inscrit dans la ligne de leurs besoins. Elle est cohérente sur la santé, mais doit être confortée sur le médico-social. D'une manière générale, les relations entre ces institutions et l'AFD doivent être renforcées sur certains territoires.

Enfin, si l'articulation du positionnement avec les fonds européens est faible (compte tenu de leur faible présence sur ces secteurs), le même phénomène explicatif ne tient pas sur les insuffisantes articulations de l'offre de financement public du médico-social avec l'offre privée portée par l'AFD. En effet, la particularité juridique des acteurs de ce secteur nécessite de les approcher par une double entrée : celle du financement d'investissements publics, et celle du financement d'investissements privés solvabilisés et garantis par le public (*via* la tarification). Or, la maturité insuffisante du secteur sur son modèle de financement (absence d'équivalent au Plan hôpital) et l'étanchéité entre les filières d'intervention de l'AFD n'ont pas permis à ce jour de structurer une offre complète, malgré des réalisations opérationnelles récentes concrètes.

Rappel méthodologique

Définition et enjeux de la question évaluative

Cette question vise à porter une appréciation sur le positionnement actuel de l'AFD dans le secteur de la santé en Outre-mer et sur son articulation avec les autres acteurs présents sur les territoires, principalement :

- les autres opérateurs financiers,
- les autorités sanitaires et médico-sociales,
- les autres interventions de l'Agence auprès d'autres acteurs.

Principales sources d'information et de données

Les analyses ci-après reposent principalement sur :

- l'analyse du portefeuille d'intervention,
- les investigations de terrain et les entretiens stratégiques,
- les fiches d'évaluation *ex post* des projets,
- des entretiens au niveau national.

3.3.1. Un positionnement spécifique de « banque de développement » différent des autres opérateurs financiers, dans un contexte de raréfaction du crédit

Une dégradation générale des conditions de financement

Les conditions d'accès au crédit des collectivités locales et des établissements publics hospitaliers d'Outre-mer étaient particulièrement favorables, jusqu'à la modification des conditions générales d'accès au crédit consécutive à la chute de Lehmann Brothers en septembre 2008. L'Outre-mer public bénéficiait jusqu'alors d'une offre de crédits long terme importante et en accroissement régulier, combinée à une réduction concomitante des marges pratiquées. Les prêteurs étaient alors nombreux (de manière néanmoins inégale selon les territoires). Les encours de l'AFD se réduisaient alors mécaniquement dans certaines géographies (à La Réunion en premier lieu), le produit Premier guichet et son successeur PCL étant jugés souvent plus complexes à mettre en œuvre (longueur d'instruction et quantité d'informations demandées), trop simples de composition (prêt à durée et taux fixes) et parfois moins intéressants financièrement que d'autres offres concurrentes du secteur privé.

À partir de fin 2008 et jusqu'à aujourd'hui, la crise de liquidité a entraîné une crise de confiance durable marquée par la chute de Dexia, l'apparition d'une défiance sur la dette locale (avec la problématique des « emprunts toxiques ») et, plus généralement, sur la dette publique, avec la dégradation des notes souveraines. Dans le même temps, les tensions sur les équilibres financiers hospitaliers sont soulignées par l'agence de notation Moody's. Pour les collectivités et hôpitaux français, cela se traduit depuis 2010-2011 par la disparition d'environ un quart des crédits longs termes disponibles au niveau national

(Dexia distribuait environ 5 Mds EUR sur les 20 Mds EUR empruntés en moyenne). Cette situation perdure jusqu'à aujourd'hui, avec d'un côté la réduction des disponibilités de crédits court terme (annulation par Dexia de ses contrats à l'été 2012) et, de l'autre, la mise en place d'enveloppes CDC et de suppléments de ressources Banque Postale, en attendant l'éventuel apport de l'Agence de financement toujours en projet à ce jour.

Dans le même temps, les banques commerciales réduisent, voire cessent, leurs offres de prêts à la plupart des collectivités et établissements hospitaliers d'Outre-mer. Elles justifient leurs choix par l'absence de possibilité de gestion des flux de ces entités (dépôts obligatoires sur le compte du Trésor public). Elles pâtissent aussi de leur accès réduit à de la ressources de fonds propres, qui s'amenuise sur la période et est mobilisée au niveau national vers des projets jugés prioritaires.

Cette situation est déplorée par la quasi-totalité des acteurs sanitaires et médico-sociaux rencontrés dans les trois DOM visités. Les demandes de prêt depuis 2012 sont souvent sans réponse, ou à hauteur d'une portion insuffisante des besoins, associée à des taux élevés. Les offres de crédits de trésorerie sont le plus souvent suspendues, gênant ainsi sévèrement des acteurs hospitaliers habitués à utiliser les marges de trésorerie pour gérer les fluctuations d'encaissement en T2A. Dans le même temps, ils notent que des projets lucratifs portés par des acteurs privés du sanitaire peuvent mobiliser des fonds avec moins de difficulté.

Une articulation avec d'autres financeurs systématiquement recherchée par l'Agence, qui a contribué en moyenne à un quart des financements des projets

Sur la période considérée, la stratégie d'appui de l'Agence n'est pas holistique : elle vise par principe la subsidiarité, qui a été rappelée comme élément clef de la stratégie lors de la création du produit PCL. De manière opérationnelle, cela se traduit de la part de l'Agence par une recherche de partages des risques en organisant des pools de financeurs sur les projets importants.

Ainsi, sur l'ensemble des projets (globaux comme projets AFD), la mise en œuvre de cette subsidiarité au travers des concours successifs octroyés se traduit par un niveau moyen de prêt de 22 % (source : NPP). Les trois-quarts restants sont apportés par d'autres prêteurs, ou financés sur fonds propres

ou grâce à des subventions. D'ailleurs, l'AFD n'apporte souvent qu'un financement partiel à chaque opération : au sein du portefeuille, les interventions qu'elle finance entièrement ne sont qu'au nombre de huit concours.

Tableau 6. Part de l'AFD dans le financement des projets

SOMME DES VERSEMENTS (en EUR)	MONTANT DES PROJETS (en EUR)	PART DE L'AFD (en %)
492 772 803	2 211 018 375	22

Source : données AFD ; calcul des auteurs.

Le recul des banques commerciales sur la période a fait jouer à plein le rôle de subsidiarité de l'Agence

En Outre-mer, la raréfaction du crédit est compensée par la permanence de la présence de l'AFD, absente de métropole. Elle permet mécaniquement de maintenir un flux de crédit proportionnellement supérieur à celui que connaissent les collectivités et hôpitaux de métropole depuis trois ans. Elle permet donc d'éviter l'arrêt de certains projets par absence de financement.

En effet, comme lors de la précédente crise de 1992-1993, le recul des offres de prêts des banques locales des DOM et la disparition des acteurs lointains (*Royal Bank of Scotland* [RBS], Depfa) fait jouer à plein le rôle de subsidiarité alloué à l'Agence. Dans les COM, l'absence de banques commerciales porteuses de crédit aux collectivités et hôpitaux donne un rôle central au binôme AFD-CDC (hormis la Polynésie, où la CDC n'intervient pas). Mécaniquement, les encours de l'AFD ont donc crû de 2009 à aujourd'hui.

Tableau 7. Progression des engagements de l'AFD auprès des collectivités – Décomposition par géographie (en millions d'€)

	AUTORISATION			ÉCART 2011/2010	
	2009	2010	2011	M EUR	%
DOM et collectivité de St Pierre et Miquelon	251	266	360	94	35
GUADELOUPE	40	64	64	0	1
GUYANE	38	47	23	-24	-50
MARTINIQUE	45	75	87	12	16
LA RÉUNION	97	49	102	54	110
MAYOTTE	23	28	78	50	176
SAINT-PIERRE ET MIQUELON	3	3	5	2	67
MULTIPAYS DOM	6	0	0	0	-
COLLECTIVITÉS DU PACIFIQUE	190	236	311	74	31
NOUVELLE-CALÉDONIE	144	123	276	152	123
POLYNÉSIE FRANÇAISE	45	113	35	-78	-69
TOTAL	441	503	671	168	34

Source : AFD (2012).

Si cette situation se prolonge, les limites de la subsidiarité risquent d'être atteintes : elle positionne en effet l'AFD progressivement dans une situation dominante, voire prédominante dans l'encours de dette publique locale de certains

territoires. Le taux moyen de 27 % constaté à fin septembre 2011 (dernière donnée disponible pour les évaluateurs) est en effet largement dépassé début 2013. Or, il approchait déjà les 50 % dans plusieurs territoires.

Tableau 8. Encours de l'AFD et de l'ensemble des établissements de crédits sur les collectivités locales ultramarines (fin septembre 2011)

EN M€	ENCOURS AFD SUR LES COLLECTIVITÉS LOCALES	ENCOURS DE L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DE CRÉDITS SUR LES COLLECTIVITÉS LOCALES	PART DE L'AFD DANS L'ENCOURS (en %)
GUADELOUPE	188	789	24
GUYANE	148	381	39
MARTINIQUE	247	1 058	23
MAYOTTE	58	169	35
NOUVELLE-CALÉDONIE	184	402	46
POLYNÉSIE FRANÇAISE	255	761	34
LA RÉUNION	394	1 888	21
SAINT-PIERRE ET MIQUELON	9	22	41
WALLIS ET FUTUNA	2	2	96
TOTAL	1 486	5 472	27

Sources : AFD, Institut d'émission des départements d'Outre-mer (IEDOM) et Institut d'émission d'Outre-mer (IEOM).

Encadré 6. Analyse de la position des banques vis-à-vis des contreparties : l'exemple du Groupement hospitalier Sud Réunion (GHSR, devenu CHU Réunion)

Situation avant 2009 :

Au lancement des programmes d'investissement du projet TURBO, le GHSR avait procédé à des consultations financières sur les deux programmes d'investissement. Sur les deux projets, cinq à six offres de prêt ont été proposées. Néanmoins elles présentaient des critères globalement moins compétitifs que l'AFD. En l'absence de l'Agence, d'autres financeurs auraient **donc pu intervenir mais à des taux supérieurs**.

Situation depuis 2010 :

Le GHSR/CHU note une réduction des capacités bancaires privées. Aucune offre de la part des banques commerciales en 2012 n'a pu couvrir le besoin de financement de 30 M EUR de l'établissement. Auparavant, Dexia pouvait couvrir ce type de besoin. Le CHU estime qu'il y a donc désormais un rôle central de l'AFD, spécifique à l'Outre-mer, alors que les CHU de métropole s'orientent vers de l'obligataire (cf. 3^e émission récente).

Ce positionnement de l'AFD a par ailleurs été renforcé suite à la signature du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2017 entre l'ARS et l'établissement. Ce CPOM confirme l'engagement de l'ARS sur des opérations majeures, par essence pluriannuelles, et souligne donc la nécessité d'avoir des partenaires financiers solides.

Un positionnement complémentaire de la CDC sur la santé, mais plutôt concurrent sur le médico-social

La relation AFD-CDC a fait l'objet d'une analyse spécifique, étant donné le retour du rôle prépondérant des institutions financières publiques dans le financement des investissements dans l'Outre-mer depuis 2010.

La stratégie d'intervention de la CDC est conçue au niveau national ; elle n'a pas de limite d'encours sectorielle ni territoriale ; il n'y a pas d'appréciation géographique des encours, ni d'objectifs territoriaux (consolidation sur l'ensemble de l'Outre-mer). Or, en Outre-mer, un acteur public supplémentaire (AFD) est présent sur les mêmes secteurs, et les mêmes clients. Il existe donc certains « frottements » avec l'AFD, différemment ressentis et mis en œuvre selon les territoires. La principale cause de ces « frottements » tient à la proximité voire à l'identité des périmètres d'intervention :

- dans les DOM, la CDC est à la fois financeur du logement social (interventions pouvant aller jusqu'à 100 %) mais aussi distributeur de l'enveloppe spéciale de 5 Mds EUR débloquée annuellement suite à la disparition de Dexia. Elle est par ailleurs (de manière dérogatoire sur le plan réglementaire, mais assez étendue dans les faits) en mesure d'intervenir sur l'hospitalier dès lors que le projet est éligible à un Plan hôpital. Elle dispose enfin d'une offre de financement sur le médico-social⁴ ;
- dans les COM, la CDC ne peut mobiliser de fonds issus du Livret A. Néanmoins elle peut intervenir au travers de ses autres outils comme les prises de participation, et *via* le Plan Hôpital quand un projet y a été inscrit.

Sur ces périmètres, on note l'absence de perspective de complémentarité donnée par les tutelles sur l'emploi des fonds.

On relève toutefois des zones de complémentarité technique :

- la CDC ne peut intervenir qu'à hauteur de 50 % sur la plupart de ses projets relatifs aux universités, à la santé ou aux transports (un financement à 100 % est possible pour

le logement social et les projets de l'Agence nationale pour la rénovation urbaine [ANRU]) ;

- ne sont éligibles à ses financements que les investissements immobiliers : ni les systèmes ni les équipements ne sont financés par la CDC ;
- la santé est le secteur posant théoriquement le moins de difficulté car les volumes financiers sont d'une telle importance qu'il y a un partage de fait.

Enfin, la palette d'outils à disposition de CDC est plus large, et elle utilise souvent les prises de participation. Ainsi, jusqu'en 2006-2007, elle a pris des participations dans de nombreux projets immobiliers sanitaires.

Une zone d'achoppement forte sur le médico-social

À ce jour, le sanitaire ne semble plus figurer dans la stratégie de CDC : la mission peut être considérée comme achevée, et le marché de l'activité de soins privés est jugé mature (aussi bien sur le portage d'immobilier que sur l'exploitation des actifs). En revanche, le médico-social est devenu une priorité forte, sur laquelle les outils de financement existent partiellement :

- l'ensemble des outils CDC, à l'exception du prêt logement social (PLS) ;
- la foncière CDC-Génération, créée en 2010, qui a pris des participations dans des sociétés réalisant des EHPAD ;
- la défiscalisation, envisageable sous réserve de passer au bureau des agréments (car la santé n'est pas éligible), ou de la flécher sur l'hébergement (la défiscalisation sur le logement social en Outre-mer étant devenue un dispositif de droit commun).

Cette priorité a déjà bloqué les projets de l'AFD sur ce secteur. Néanmoins, la raréfaction de l'offre de financement public devrait logiquement conduire les deux bailleurs à se rapprocher.

⁴ L'enveloppe supplémentaire pour couvrir les besoins des collectivités locales (20 Mds EUR pour 2013-2017) « Financement des collectivités locales sur fonds d'épargne » au taux Livret A +130 points de base (pb) a été notifiée le 4 avril 2013. Les hôpitaux y sont éligibles. En outre, ces enveloppes peuvent permettre une mobilisation pluriannuelle si la Collectivité dispose d'un PPI et d'une gestion en autorisations de programme et crédits de paiement (APCP).

Encadré 7. Relations AFD-CDC : complémentarité, concurrence et différences

Complémentarité et concurrence sur le médico-social à La Réunion

Les premières interventions sur le médico-social ont eu lieu dans les années 1980 auprès de l'association Père Favron (alors Fondation UOSR). Sur la période analysée, les interventions ont été très faibles sur le médico-social, en très grande partie du fait de la forte opposition de la CDC sur les dossiers médico-sociaux :

- en 2005, l'AFD est intervenue auprès de l'Association Saint-François d'Assise, sur le projet de rénovation en SSR de l'hôpital d'enfants (ce projet étiqueté médico-social du fait de la nature de la contrepartie est donc à reclasser dans le sanitaire) ;
- dans sa volonté de capitaliser sur cette expérience, l'AFD s'est heurtée à l'opposition de la CDC sur le projet des trois EHPAD porté par la Fondation Père Favron, dont elle souhaitait être le seul financeur. L'AFD a donc été dans l'obligation de renoncer à un projet pourtant en cours d'instruction. Actuellement, un projet (octroyé en 2011) est en cours de formalisation sur la relocalisation/reconstruction du FAM (cf. fiche *ex post*).

On note ainsi une absence totale de projets AFD entre 2006 et 2010.

Cet état de fait est amplifié par les conseils prodigués par le Conseil général aux établissements tarifés. Ce dernier reconnaît sa méconnaissance des financements de l'AFD sur le médico-social. Il met aussi en avant son objectif de faire mobiliser les taux les plus bas par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), dont il est systématiquement informé des projets d'emprunt et valide de fait les emprunts mobilisés.

La CDC en Nouvelle-Calédonie : un rôle et un positionnement distincts

La CDC est fortement sollicitée depuis 2 ans :

- la Banque populaire et Caisse d'épargne (BPCE), qui était très active *via* sa filiale BNC, a fortement réduit son intervention, y compris sur les crédits de trésorerie ;
- la disparition de Dexia, qui était moins présente en Nouvelle-Calédonie que dans les DOM, a eu un impact fort sur l'offre de crédits de trésorerie (même si l'effet sur l'offre de crédit en général a été limité).

En conséquence, depuis 2 ans, la CDC augmente ses tickets de financement vis-à-vis de la Nouvelle-Calédonie.

Ses produits ne sont pas tous mobilisables sur ce territoire :

- si le PHARE (prêt spécifique CDC) est éligible, le PLS ne l'est pas et l'éligibilité au Plan hôpital 2012 n'a été obtenue qu'après négociation ;
- les hôpitaux sont éligibles à l'enveloppe supplémentaire notifiée le 4 avril 2013 pour couvrir les besoins des collectivités locales (20 Mds EUR pour 2013-2017 pour le financement des collectivités locales sur fonds d'épargne au taux Livret A +130 pb).

Sur la santé, la CDC a financé peu de projets. Le seul vraiment abouti est le Médipôle, du fait de son ampleur nécessitant une concertation de fait. La CDC ne peut par ailleurs financer plus de 50 % des projets hospitaliers. Sur le médico-social, il n'y a pas encore eu d'intervention en Nouvelle-Calédonie, car ce territoire est jugé peu mature sur l'hébergement de personnes âgées dépendantes. En revanche, à la différence majeure de l'AFD, la CDC s'interdit le financement d'études : elle met en avant son souhait d'éviter d'être prise à partie par une maîtrise d'ouvrage qui aurait suivi les recommandations erronées d'une étude. Elle considère que cela relève d'une nécessité et d'une compétence interne de l'emprunteur. Étant donné le paysage raréfié des prêteurs et la limite imposée à la CDC, fixée à 50 % du montant total d'engagement, celle-ci éprouve la nécessité de se coordonner avec l'AFD.

3.3.2. Un positionnement et une reconnaissance de l'AFD par les principaux partenaires et autorités sanitaires et médico-sociales à conforter

Rappel du contexte : des évolutions institutionnelles notables sur la période

Sur la période, plusieurs évolutions institutionnelles notables ont impacté l'organisation sanitaire et médico-sociale et les acteurs, notamment :

- la mise en place des ARS ;
- la nouvelle gestion hospitalière ;
- les plans hôpitaux 2007 et 2012 ;
- la planification et la rénovation de la gouvernance dans le secteur médico-social.

La mise en place des ARS au 1^{er} avril 2010 dans les DOM s'est inscrite dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires (dite loi HPST) s'appliquant aux DOM et qui vise à :

- rénover le fonctionnement des établissements de santé et instaurer de nouvelles modalités de coopération entre les établissements (titre I) ;
- améliorer l'accès de tous à une offre de soins de qualité et organisée sur l'ensemble du territoire (tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux) (titre II) ;
- renforcer la lutte contre l'alcoolisme, ériger l'éducation thérapeutique en politique et priorité nationale et, plus généralement, hisser la prévention à un rôle d'importance non secondaire par rapport aux soins (titre III) ;
- créer les ARS (titre IV).

Ces dispositions doivent permettre à l'offre de santé, sur les territoires ultramarins comme en métropole, d'être mieux coordonnée, plus efficiente et de meilleure qualité dans le cadre d'une contrainte financière réelle.

Sur la même décennie 2000, la gestion hospitalière connaît de profonds changements, marqués par un ensemble de réformes autonomisant l'hôpital, renforçant ses capacités de gestion, et modifiant son mode de financement.

Sans revenir sur l'histoire des réformes de la tarification et de la comptabilité hospitalière dans ces dernières années, il est important d'indiquer que l'ensemble des hôpitaux de métropole et d'Outre-mer passent, sur la période :

- à une comptabilité particulière par établissement autonome, en état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ;
- d'un financement en dotation globale, à une tarification à l'activité (dite T2A), basée sur la mesure d'indicateurs d'activité médicale (programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI⁵) ;
- à la mise en place d'une qualité comptable renforcée, dans la perspective de la certification des comptes hospitaliers imposée par la loi HPST pour 2014.

Ces trois blocs successifs conduisent à une plus forte autonomisation de la gestion hospitalière, en la soumettant à d'importantes contraintes de gestion.

En matière de modernisation de l'offre hospitalière, les investissements ont été principalement menés dans le cadre des plans hôpitaux, c'est-à-dire, pour la période concernée, par le Plan hôpital 2007 qui couvrait la période 2002-2007 et le Plan hôpital 2012 pour la période 2008-2012. Ces plans à l'initiative du ministère visaient à accélérer la rénovation/modernisation d'hôpitaux publics jugés prioritaires.

Dans le secteur médico-social, les DOM ont connu les mêmes évolutions institutionnelles, organisationnelles et réglementaires que la métropole, résultant de la loi 2002 et de la loi HPST.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vise à accompagner les établissements et services médico-sociaux dans une recherche permanente de la qualité de l'accompagnement. Pour tendre vers cet objectif, elle rend

⁵ Il reste quelques exceptions à ce passage en T2A, lorsque des situations particulières complexes l'en empêchent (CH Mayotte, par exemple), mais elles sont jugées provisoires par les ARS.

obligatoire la mise en œuvre de différents outils ayant pour finalité de rendre l'usager acteur de sa prise en charge.

La loi du 2 janvier 2002 présente cinq orientations principales :

1. promouvoir et affirmer les droits des usagers ;
2. diversifier les types d'établissements et modes d'accueil pour mieux s'adapter à la diversité des besoins ;
3. améliorer le pilotage du dispositif : planification, programmation, allocation de ressources et évaluation ;
4. mettre en œuvre un seul système de coordination entre les acteurs ;
5. rénover le statut des établissements publics.

Afin de répondre au mieux aux demandes des usagers et de leur famille, les modes de prise en charge ont été diversifiés en développant notamment l'accueil temporaire, l'accueil de jour, l'accueil familial, l'accompagnement à domicile et en établissement. Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale (SROMS) veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS. Il traduit les grands axes de structuration de la politique médico-sociale.

Pour les établissements et services relevant de la compétence conjointe de l'ARS et du Conseil général, les objectifs régionaux sont établis et actualisés au regard du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêté par le Conseil général. Un schéma est aussi à élaborer pour l'aide sociale à l'enfance.

Le schéma d'organisation médico-sociale et le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'ARS après consultation de la commission de coordination médico-sociale et avis du président du Conseil général. Cet outil de planification concertée détermine les objectifs opérationnels à 5 ans en s'appuyant sur un diagnostic partagé, multidimensionnel croisant les besoins et les attentes avec les ressources disponibles.

Ces réformes se sont traduites par des planifications d'investissement, recouvrant néanmoins des formes différentes selon les acteurs :

- planification hospitalière par le ministère de la Santé et les ARS ;
- schémas sociaux (comportant souvent moins de chiffrages de l'investissement que les plans hôpitaux) par les Conseils généraux.

Autre limite : ces réformes s'appliquent essentiellement dans les DOM ; les COM connaissant des évolutions institutionnelles similaires, mais avec plus de retard (cf. *infra* sur la Nouvelle-Calédonie).

Une cohérence générale mais des liens assez ténus avec les ARS et les Conseils généraux sur la santé dans les DOM

L'offre et le positionnement de l'AFD en tant qu'institution financière se sont construits de manière cohérente avec le degré de planification des acteurs sur la décennie.

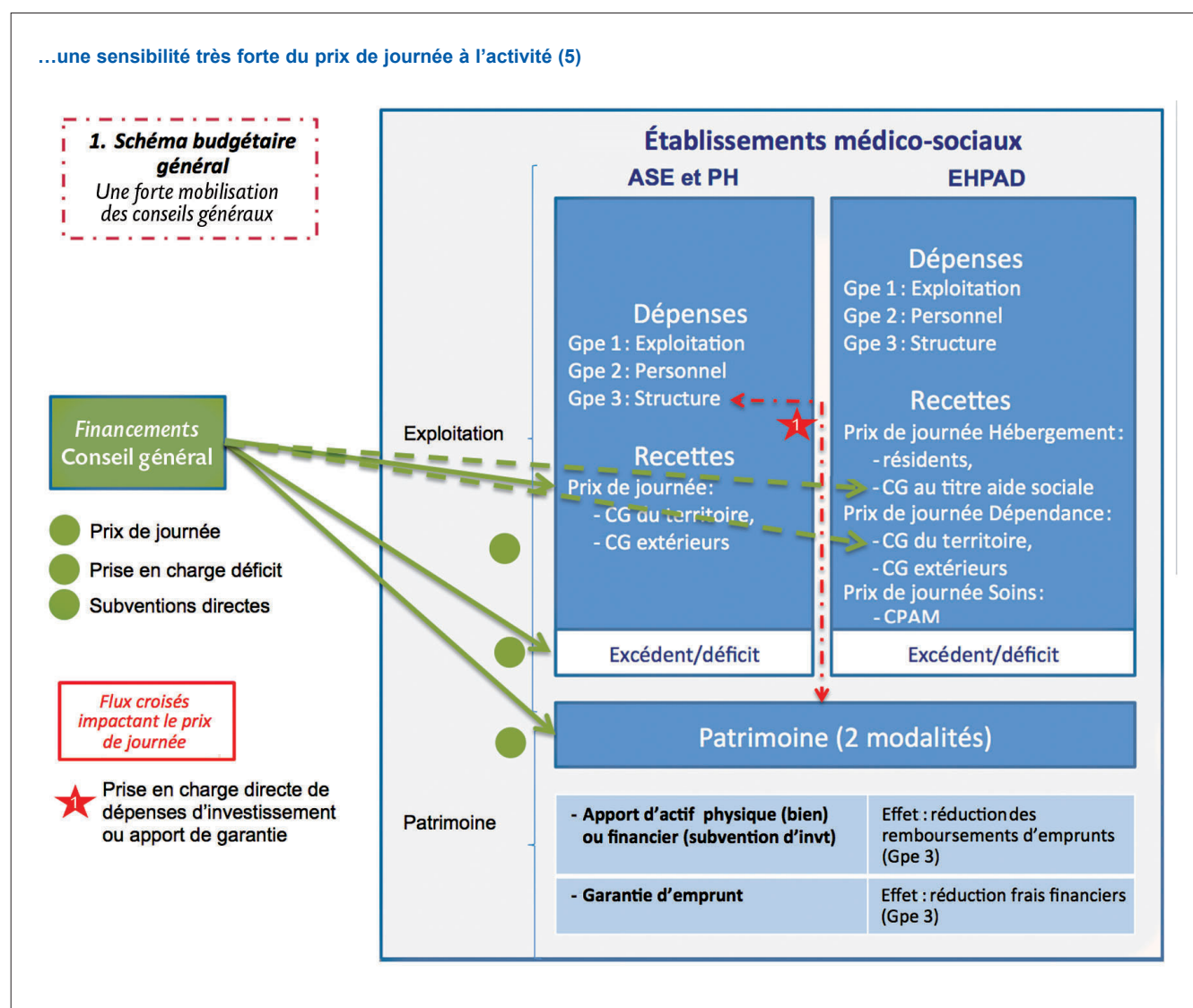
En matière de santé, ce sont essentiellement les plans hôpitaux, mis en place par les ARH puis les ARS, qui donnent le cadre de programmation financière dans lequel vont s'inscrire les levées d'emprunt, dans la limite de l'autonomie des établissements (cf. 5.4.1.). Ainsi, c'est la rencontre de l'augmentation des besoins exprimés dans le Plan hôpital 2007 avec une offre/stratégie préparée qui explique l'accroissement important des concours octroyés par l'AFD sur la seconde partie de la période.

Dans le domaine du médico-social, la planification n'est pas nationale, mais territoriale et partagée (ARS et Département). Elle se traduit donc pas une documentation plus diverse et à échéances dissociées. En cela, sa lecture permet une vision moins linéaire et concentrée dans le temps que la planification hospitalière. Par ailleurs, elle prévoit souvent des ouvertures de place par des associations ou établissements publics, mais avec une planification financière moins fine que celle des plans hôpitaux. En effet, comme en métropole, les schémas départementaux sont souvent (jusqu'à aujourd'hui) dénués de

projection financière fine sur les besoins en investissement et leur couverture par la tarification. Ces éléments, qui existent néanmoins dans les PPI et appels à projets, restent souvent internes aux collectivités. Par ailleurs, le modèle de finance-

ment du médico-social (cf. *infra*) fait reposer l'ensemble des équilibres sur le prix de journée, conférant ainsi une autonomie aux établissements autonomes sur le recours à l'emprunt (taux, volume, proportion, durée).

Schémas 5, 6 et 7. Le financement des ESMS par les Conseils généraux : ...



...un financement qui repose essentiellement sur la tarification (6)

2. Du prix au coût
Une sensibilité très forte au taux de réalisation de l'activité

Budget	
Activité prévue	1 000 jours
Dépenses Gpe 1: Exploitation Gpe 2: Personnel Gpe 3: Structure	Dépenses Gpe 1 : 2 000 € Gpe 2 : 7 000 € Gpe 3 : 1 000 €
Recettes Prix de journée: -CG du territoire -CG extérieurs	Recettes Prix de journée applicable à tous: 10€/j
Excédent/déficit	0€

Compte de résultat 1	
Activité réelle	900 jours
Dépenses Gpe 1: Exploitation Gpe 2: Personnel Gpe 3: Structure	Dépenses Gpe 1: 2 000 € Gpe 2: 7 000 € Gpe 3: 1 000 €
Recettes Prix de journée: -CG du territoire -CG extérieurs	Recettes 900 x 10€: 9 000 €
Excédent/déficit	-1 000 €
Coût de journée	11,1€

Compte de résultat 2	
Activité réelle	1 100 jours
Dépenses Gpe 1: Exploitation Gpe 2: Personnel Gpe 3: Structure	Dépenses Gpe 1: 3 000 € Gpe 2: 7 000 € Gpe 3: 1 000 €
Recettes Prix de journée: -CG du territoire -CG extérieurs	Recettes 1 000 x 10€
Excédent/déficit	0€
Coût de journée	10€

Une extrême sensibilité au niveau de réalisation de l'activité, qui s'explique:

- par une moyenne de 87 % de coûts fixes,
- par l'encadrement des dépenses au-delà du prévu.

...des risques financiers réduits par la mécanique de reprise des déficits (7)

3. La Problématique des déficits

Situation en fin d'année : cas majoritaire

Excédent	1 000€
----------	--------

Déficit	-1 000€
---------	---------

Des travaux majoritairement portés sur le passif :

- capitalisation très majoritaire des excédents dans les réserves,
- des déficits couverts par des hausses futures de prix de journée : pas de rattachement des dépassements à l'exercice, et donc responsabilisation première du Conseil général du territoire.

Actif	Passif
	1 000€ Réserves pour trésorerie ou investissement futurs

Actif	Passif
	-200 € Reprise de réserve
	+x% du prix de journée pour couvrir le déficit de 800 K€ par des recettes futures

Source : P.-V. Guéret – CALIA CONSEIL

Malgré cette cohérence sur la santé, et la tentative de cohérence sur le champ médico-social, d'une manière générale (qui gomme des disparités territoriales non négligeables), l'AFD n'entretient pas suffisamment de relations suivies avec les ARS et les Conseils généraux sur les sujets financiers de la santé et du médico-social dans les DOM.

- Sur le sanitaire, l'AFD est plus visible en acteur de la coopération. Cela tient pour une part aux principes de raisonnement financier des ARS, pour qui les EPS financent leurs investissements en dégageant des marges sur leur exploitation, et en bénéficiant d'une hausse de subventions au titre IV, même si l'ARS peut contribuer au financement par un apport de dotations en capital (pour les grands projets, subsistent des financements partiels nationaux). En effet, la T2A est souvent très favorable (notamment à La Réunion où se produit un effet rattrapage). Aussi, il relève de l'auto-

nomie des établissements de tenir leurs équilibres financiers des opérations, et de solliciter et rembourser la dette. En conséquence, l'ARS se préoccupe peu (jusqu'à présent) de la stratégie de financement des hôpitaux (sauf situations complexes ou de plan de retour à l'équilibre).

- Sur le médico-social, l'AFD est souvent connue des Conseils généraux pour son offre de prêts budgétaires, mais peu pour ses actions sanitaires et médico-sociales. Elle n'a ainsi pas de discussion régulière avec eux (à l'exception de la Guadeloupe) sur leurs besoins et projets médico-sociaux. À titre d'illustration, le Conseil général de La Réunion, qui mobilise annuellement des prêts de l'AFD, souligne sa méconnaissance des financements de l'AFD sur le médico-social. Il met aussi en avant son objectif de faire mobiliser les taux les plus bas par les ESMS, dont il est systématiquement informé des projets d'emprunt et

valide de fait les emprunts mobilisés en les fléchant sur la CDC. Cette situation globale de connaissance limitée masque des pratiques plus avancées sur certains territoires. En Guadeloupe, par exemple, des discussions annuelles (en janvier) ont lieu avec l'ARS au niveau de la direction, lors de la visite de SAN. Des relations plus régulières existent avec le directeur adjoint. Elles permettent un passage en revue des projets posant question, complété d'une évocation des opérations potentiellement prêtes pour un financement dans l'année. Pour autant, tous les sujets ne sont pas partagés : pas plus qu'ailleurs, l'Agence

ne reçoit une information régulière sur les évolutions économiques des hôpitaux. Elle n'a ainsi pas de vision fiable des dettes toxiques des hôpitaux. Le suivi n'est pas une pratique institutionnalisée.

Liens entre l'AFD et les ministères et Agences de santé dans les COM

En Nouvelle-Calédonie, des relations existent, mais elles sont rendues plus complexes par la gouvernance multiforme de la santé, et l'absence de document de planification sur le médico-social.

Encadré 8. Mode de financement de la santé en Nouvelle-Calédonie : l'exemple du projet Koutio

Particularités institutionnelles de la Nouvelle-Calédonie

Pour les établissements de santé, la DASS instruit les demandes d'autorisation sur la base d'un encadrement strict par des indicateurs déterminant la volumétrie des besoins en équipements. Elle exerce de fait une tutelle sur les trois hôpitaux. Ceux-ci sont des établissements publics de la Nouvelle-Calédonie. Ils décident donc leur budget par délibération de leur CA, elles-mêmes soumises à autorisation de la DASS pour le fonds et du Gouvernement pour le volume financier. La tarification à l'activité n'est pas étendue à la Nouvelle-Calédonie : les établissements sont financés par une dotation globale de la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT). Le taux directeur (*i.e.* le taux d'évolution annuel) de l'enveloppe de dotation globale est soumis à délibération du Congrès.

Dans les faits, les investissements sont systématiquement couverts par des dotations et le budget CAFAT cale les dépenses sur l'équilibre des recettes. En conséquence, les hôpitaux sont libres de choisir leurs emprunts, qui eux-mêmes sont couverts par les dotations.

L'ASS est une autre institution intervenant pour le financement hospitalier, créée en 2001, avec trois objectifs : (1) financement de l'investissement hospitalier ; (2) mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et de prévention ; (3) participation à l'équilibre des comptes sociaux. Elle dispose d'un budget de 33 Mds FCFP, appuyé en partie sur une taxe affectée (taxe alcool-tabac, taxe de solidarité sur les services [TSS]) et joue un rôle de financeur complémentaire sur maîtrise d'ouvrage du gouvernement. Ce rôle est loin d'être marginal : pour le financement d'une opération hospitalière de 100, l'ASS verse 80 % et l'emprunt recouvre 20 % du projet. Pour compléter son financement, l'ASS peut aussi emprunter car elle est un établissement public. Ce schéma est notamment celui du projet Koutio, dans lequel l'ASS a mandat du gouvernement pour porter sa part financière. Elle peut apporter des petites participations au médico-social (maison enfance handicapée, dispositif médico-social précoce à l'hôpital, *via* des hospitaliers...), néanmoins cela reste marginal car le médico-social est de compétence provinciale et l'ASS n'aide pas les provinces. En conséquence, l'ASS et les hôpitaux (EPS) peuvent emprunter pour financer le même projet. Or, si l'ASS et les EPS sont autonomes, ils disposent d'une garantie de fait du Gouvernement.

Le financement hospitalier repose donc essentiellement sur un équilibre global au niveau du territoire.

...

...

Projet Koutio

Le projet Koutio souligne la pertinence du raisonnement institutionnel au niveau du territoire. En effet, si le plan de financement du volet Hôpital (les 20 %) est bouclé, *via* l'emprunt souscrit notamment auprès de l'AFD et le taux directeur, reste à ce jour à financer les 80 % portés par l'ASS, mais non gérés par la DASS.

Pour financer ces investissements, l'ASS intervient à ce jour uniquement en autofinancement (8 Mds FCFP par an jusqu'en 2013). Pour l'avenir en revanche (besoin de 10 Mds XCFP en 2014), l'ASS fera le choix de s'endetter plutôt que de monter la taxe sur les tabacs, dont le rendement n'est pas immédiat. Cet endettement a été levé auprès de la CDC en 2013-2014, puis le sera, en 2015, auprès de l'AFD et de la BEI.

Conséquences sur la qualification du risque calédonien

Il ressort des échanges avec l'ASS que des projets comme Koutio sont, de fait, un appui budgétaire (financement annuel ASS), fléché sur l'investissement. Leur enjeu financier est donc d'abord un enjeu de trésorerie. En effet, l'ASS est le principal appui des deux projets (CHS et Koutio) : emprunter sur l'un revient ainsi à permettre l'équilibre du besoin global de trésorerie sur l'autre.

Aussi, lorsque l'AFD a posé la question de l'équilibre des comptes sociaux derrière l'ASS, cette dernière s'est déclarée incompétente, renvoyant la réponse au gouvernement, et celui-ci mettant en avant : (1) l'équilibre des comptes sociaux, (2) l'impossibilité réglementaire même pour la caisse locale d'être déficitaire, (3) l'impossibilité pour les hôpitaux de dépenser plus que ce qui a été budgété ; or le budget est défini par le Congrès *via* le taux directeur.

Aussi, l'analyse souligne que le risque du projet est un risque calédonien et qu'il n'existe pas de risque ASS en particulier.

3.3.3. Un fonctionnement déconnecté des autres financements en faveur de l'Outre-mer, fonds européens

Contrairement à leur articulation fine avec les plans hôpitaux, les concours de l'AFD sur ces deux secteurs fonctionnent de manière plutôt déconnectée des autres financements en faveur de l'Outre-mer et fonds européens. Cette déconnection tient d'abord au fait que peu d'autres financements sont fléchés sur ce secteur par les institutions elles-mêmes. Elle provient aussi d'une faible coordination avec l'offre d'appui au secteur privé.

Sur le premier point, le positionnement des interventions de l'AFD n'est pas articulé avec les fonds européens, du fait de leur absence dans les secteurs concernés sur les programmes opérationnels (PO) antérieurs. La Réunion est la seule région de France à avoir pu mobiliser du Fonds européen de développement régional (FEDER) sur des projets PAPH. Une programmation de 10 M EUR a été obtenue dans le dernier PO ;

elle n'a cependant pas porté sur des opérations financées par l'AFD (cf. *supra*).

Sur le second point, le bilan de dix années d'intervention sur la santé et le médico-social ne permet pas de constater une articulation stratégique forte entre les interventions de l'AFD au titre des concours à des entités publiques et celles d'appui au secteur privé. L'Agence dispose en effet, pendant toute la période, de moyens d'intervention auprès du privé, soit par ses prises de participation et son rôle dans les SEM locales, soit par le biais de Proparco.

Sur la première partie de la période (jusqu'à 2009 environ), le ciblage de l'intervention sur le secteur sanitaire met en œuvre des investissements publics. Aussi, le besoin d'une stratégie et d'outils privés ne se fait pas sentir. En revanche, à partir de 2009, l'intervention sur le médico-social aurait pu passer par une utilisation plus marquée d'outils destinés à des

acteurs privés, du fait de la structuration juridique du secteur (associatif essentiellement). La CDC (cf. *supra*) mobilise de son côté les deux catégories de leviers lorsqu'elle intervient sur ce secteur. Or, dans la plupart des géographies, on note une absence de mobilisation du levier privé par l'AFD (prise de participation, apport de fonds propres) pour financer les quelques projets proposés. Cette absence de mobilisation s'explique en partie par l'absence de complétude de la stratégie de l'AFD sur le médico-social (cf. *supra*) : la stratégie est encore en cours de construction, par tâtonnements et avec pragmatisme, en l'absence de programmation claire de la part des institutions concernées.

L'absence de stratégie complète, notamment sur le volet privé, ne signifie pas une absence de réalisations. Certaines sont faites par d'autres divisions ou structures internes à l'AFD,

sans qu'elles soient coordonnées à l'intervention de SAN. C'est le cas, par exemple, des projets d'investissement médico-sociaux de la Société immobilière de Nouvelle-Calédonie (SIC ; cf. encadré 9), qui portent un modèle médico-social privé. Le financement de l'opération de l'EHPAD SEMAG en Guadeloupe en est un autre exemple : l'échec de la validation, en interne, de l'octroi du PCL sur le premier montage associatif a amené l'Agence (après de nombreuses reprises et reformulations du projet) à inciter à un montage complexe appuyé sur la SEM pour permettre l'octroi du concours dans sa forme classique de PCL.

Ces réalisations et leurs tâtonnements plaident donc pour un travail d'affinage et de complément de la stratégie actuelle sur le médico-social, qui viserait à rassembler (et construire) l'ensemble des offres possibles tant sur le volet privé que public.

Encadré 9. Projets médico-sociaux portés par la Société immobilière de Nouvelle-Calédonie (SIC)

La SIC est un organisme dont l'AFD est actionnaire et qui porte aujourd'hui des projets de réhabilitation/conception de résidences pour personnes âgées : projet Port N'Géa à Sainte-Marie, Nouméa ; projet Cerisiers bleus, Nouméa ; projet Orchidées, Nouméa ; projet Jardin des Sens au Mont-Dore.

Ces résidences ressemblent aux résidences pour personnes âgées (RPA) et foyers-logement de métropole/DOM, avec plusieurs similitudes :

- le rôle de la Province Sud dans l'attribution des logements, la définition de loyers de sortie adaptés, la mixité sociale, le respect des dispositions réglementaires ;
- l'inscription dans une planification (contrat de développement).

Ces projets peuvent porter de la défiscalisation. Une défiscalisation a dû être demandée pour Port N'Géa en mars 2014, sans qu'il soit à ce stade possible d'en savoir plus sur les modalités techniques.

Il est donc important d'inscrire la réflexion sur le médico-social en Nouvelle-Calédonie dans une construction financière optimisée par la défiscalisation, s'intégrant dans la stratégie plus globale de SAN sur le volet privé du médico-social.

3.4. Modalités d'intervention et procédure : dans quelle mesure les modalités d'intervention assurent-elles une mise en œuvre cohérente de la stratégie poursuivie par l'AFD et sont-elles adaptées à la conduite des opérations en santé en Outre-mer ?

Modalités d'intervention, outil et procédure – synthèse

Les modalités d'intervention de l'AFD par l'intermédiaire de l'outil PCL ont permis, avec l'apport de bonification, de réduire le coût global des projets. Néanmoins, cet outil présente une certaine rigidité et des défauts, soulignés par les acteurs du sanitaire et du médico-social (durée trop courte, absence de crédits de trésorerie et taux parfois élevé), qui ont pu amener certaines contreparties à préférer des propositions alternatives à l'AFD. Il freine, en outre, la pénétration du secteur médico-social, même s'il n'en constitue pas le principal frein.

Plus généralement, la question du niveau de la bonification peut se poser dans le contexte actuel de raréfaction de la ressource. En effet, l'absence d'offre bancaire suffisante sur les grands projets amène de fait l'AFD à accroître sans effort sa part relative, jusqu'à avoisiner les 50 % sur certains territoires par la simple existence de son offre. Dans le même temps, elle n'est pas en mesure d'accroître la distribution de bonification.

Cette absence d'offre bancaire suffisante appelle aussi une réponse à un débat plus large sur la coordination entre l'appréciation du risque de contrepartie, qui s'est renforcé dans les dernières années, et le rôle de subsidiarité renforcée que fait jouer à l'AFD son mandat de banque de développement dans un contexte d'accroissement des besoins.

En revanche, la nécessité de faire évoluer les produits de l'AFD se fait jour, avec une double réflexion :

- d'une part, sur le PCL en tant que tel avec des questions d'allongement de sa durée, et de surbonification sectorielle ;
- d'autre part, sur la coordination avec les autres actions de l'AFD à l'égard du secteur privé (participations dans les SEM, Proparco...), l'évaluation faisant notamment ressortir

le manque d'articulation avec l'offre publique sur le secteur médico-social.

Par ailleurs, les procédures d'instruction, de suivi et de gestion sont intégrées dans le fonctionnement de l'AFD (articulation siège/agences et articulation SAN/OMR) de manière cohérente avec une approche projet. Cette dernière entraîne une certaine lourdeur des dossiers, jugée au premier chef pesante par les contreparties. Pour certaines, celle-ci est néanmoins compensée par la qualité/caution que donne cette instruction.

Plus généralement, l'implication et l'expertise (visites annuelles, spécialisation de l'équipe, connaissance des secteurs, ...) des équipes de l'Agence (SAN et agences locales) sont appréciées par les contreparties et garantes de la qualité de l'instruction et de suivi des projets.

Rappel méthodologique

Définition

Cette question vise à analyser les modalités d'intervention et les procédures des interventions dans l'Outre-mer et à mesurer leur adaptation à la conduite d'opérations en santé et médico-social. Elle interroge ainsi la pertinence de l'outil PCL, de l'approche par projet et l'adaptation des procédures aux enjeux identifiés et aux besoins des parties prenantes du secteur.

Au niveau du projet, elle évalue l'adéquation des modalités d'intervention (budgets, procédures, partenariats...), tant au regard des pratiques des acteurs qui en assurent la mise en œuvre (agences locales) qu'au regard des besoins des autres parties prenantes associées à l'opération (partenaires, collectivités, bénéficiaires...).

Principales sources d'information et données

Ce questionnement repose principalement sur :

- l'analyse documentaire des différents documents de suivi et de gestion de l'AFD,
- l'analyse du portefeuille d'intervention,
- les fiches d'évaluation *ex post* des projets,
- les enquêtes de terrain et les entretiens stratégiques,
- des entretiens au niveau national.

3.4.1. Types et modalités de financement : un équilibre entre banque de développement et institution financière soucieuse de son risque

Le renforcement général des règles d'encadrement des risques financiers

Si le début de la période considérée a vu se mettre en place une offre en faveur de la santé sans mise en avant des notions de risque, la période récente (2008-2012) est jalonnée d'incertitudes sur la dette publique locale. Le retournement du taux de change entre CHF et EUR vient souligner notamment les difficultés que peuvent rencontrer des collectivités ayant souscrit des emprunts à taux variable indexé sur une parité monétaire.

Dans la même période, les institutions de crédit amorcent leur convergence vers Bâle III. Cette réforme entraîne une augmentation du coût des prêts aux collectivités, par un accroissement du taux de fonds propres immobilisés en contrepartie.

Un renforcement qui s'applique aussi au secteur sanitaire public

Le risque hospitalier a été identifié par Moody's au vu de la situation financière des CHU, à l'occasion de la notation de

leur émission obligataire en 2010-2011. Il a été confirmé à l'été 2012. Pointant du doigt une situation opérationnelle difficile, dans un contexte où le soutien public est garanti mais non explicite, l'alerte a renforcé le recul de l'offre de prêts privée aux acteurs sanitaires publics (cf. *supra*).

Dans le même temps, les ARS ont renforcé leur vigilance. En effet, les difficultés financières de plusieurs hôpitaux d'Outre-mer (au premier rang desquels ceux de Martinique) s'ajoutent aux incertitudes sur les recettes de T2A. On peut en effet anticiper que les réductions des tarifs T2A pour 2013 devraient s'amplifier à l'avenir. Il existe donc un risque de déséquilibre pour des opérations d'investissement si elles sont trop onéreuses. Les ARS ont donc mis en place une mécanique d'autorisation de crédit (2011) pour les EPS ne respectant pas certains ratios⁶.

Parmi les acteurs rencontrés, seul le GHER a été confronté jusqu'à présent à un dépassement de ces ratios, mais de nombreux acteurs sont proches du dépassement (CHU Réunion, CHM, Capesterre...). Du point de vue des ARS, cette procédure est encore complexe (articulée avec le Trésor public), et n'a pas été appréhendée pour l'ensemble de ses conséquences. Du point de vue d'un prêteur extérieur, elle est en revanche sécurisante puisqu'elle responsabilise l'ARS sur la gestion hospitalière et offre de fait un confort supplémentaire pour le prêteur, lorsque l'ARS autorise les EPS à s'endetter.

Une thématique prise en compte et mise en œuvre par l'AFD, source de tensions internes sur la stratégie d'intervention

Ces évolutions aboutissent à un renforcement des fonctions en charge des risques dans les institutions bancaires. L'AFD a ainsi mis en place, en 2010, une direction exécutive des Risques. De ce fait, le poids des avis de la seconde opinion et de la direction des Risques est renforcé dans la prise de décision sur les opérations de crédit en faveur de l'Outre-mer.

⁶ Le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt des hôpitaux précise que l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour recourir à l'emprunt est nécessaire si l'hôpital présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette dépasse 10 ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Plusieurs concours ont ainsi dû être retravaillés, voire abandonnés. Cela a pu concerner notamment des projets dans le secteur médico-social lorsqu'ils étaient portés par un acteur associatif récent.

Ce mouvement se traduit aussi en interne dans les outils déployés : des fiches d'évaluation des risques (FER) sont, comme auparavant, renseignées tous les semestres pour chaque contrepartie. Ce système de notation interne est en voie d'amélioration, avec le développement d'un système spécifique aux hôpitaux. Enfin, il semblerait que les « engagements particuliers »⁷ des prêts fassent désormais l'objet d'un suivi plus soutenu.

Cette évolution encore inachevée n'est pas sans créer des tensions à deux niveaux :

- au niveau stratégique, il existe une tension inhérente à l'AFD et résultant de l'équilibre à trouver entre le mandat de banque de développement et le statut d'institution financière soucieuse de son risque ;
- au niveau opérationnel, les tensions sont plus liées à l'inachèvement du processus : les fiches d'analyses adaptées aux hôpitaux sont encore en test et pas encore en production. De plus, les éléments d'analyse des risques ne modifient pas les marges pratiquées (fixité dans l'Outre-mer), ce qui peut contribuer à en dévaloriser l'utilité.

Sans qu'il soit à ce jour possible d'évaluer définitivement une mutation en cours, ces constats appellent une réflexion stratégique sur le positionnement de l'AFD et sur les modalités d'appréhension du risque dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Tout d'abord, la montée en puissance de la notion de risque se produit au moment du retournement de l'offre de prêts, qui renforce le rôle relatif de l'AFD, dont on a vu qu'il pouvait conduire à revenir sur la notion de subsidiarité. Par ailleurs, l'appréhension du risque hospitalier par le biais d'une analyse des comptes de l'établissement est une approche qui peut être remise en question :

- le cas pratique néo-calédonien (Koutio ; cf. encadré 8) laisse plutôt penser à un risque sur les territoires dans les COM ;
- le nouveau rôle des ARS dans les DOM dans l'autorisation préalable d'emprunt, et l'intervention systématique en couverture des déficits *via* les plans de retour à l'équilibre (PRE) peuvent laisser entrevoir l'existence d'une garantie implicite/explicite de l'assurance-maladie sur les établissements des DOM, et donc un risque sur l'État.

Enfin, sur le médico-social, la garantie implicite (et réglementaire) offerte par la tarification médico-sociale et la reprise des déficits dans les prix de journée, ramène l'analyse du risque de contrepartie à une analyse du risque de la collectivité départementale. Ce phénomène est amené à s'amplifier avec le passage en collectivité unique de la Guyane et de la Martinique.

Par conséquent, ce qui est appelé « risque hospitalier » s'avère relever la plupart du temps d'un risque de contrepartie de rang supérieur :

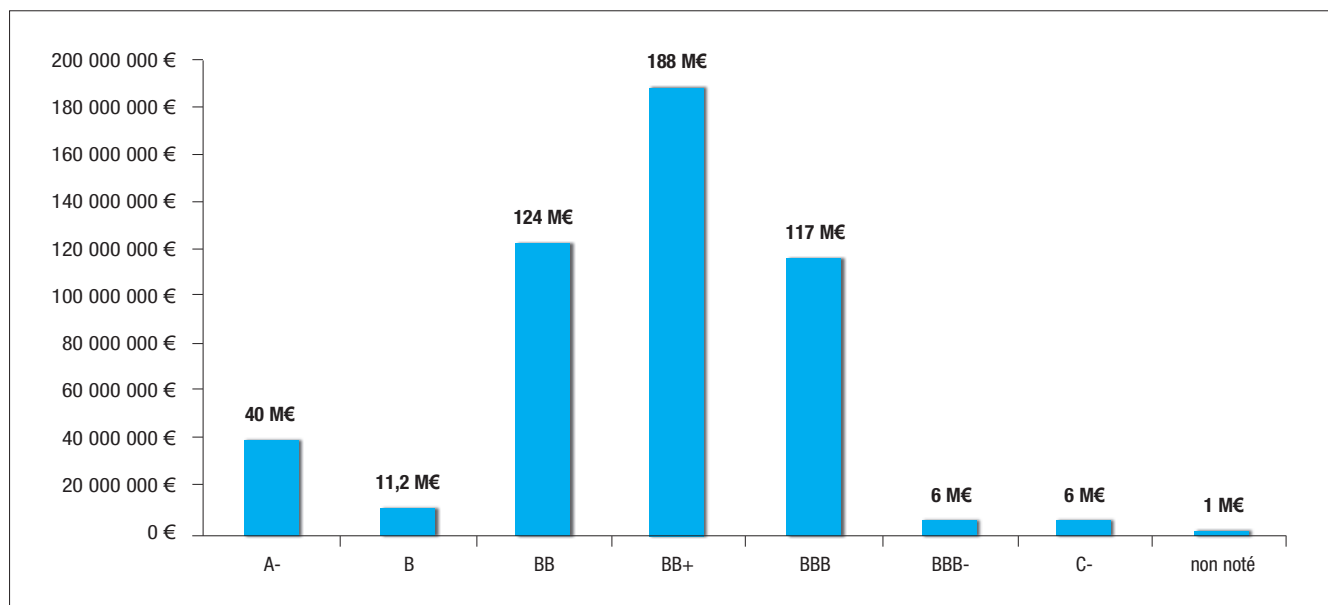
- risque sur la collectivité locale (Conseil général dans les DOM) pour le médico-social ;
- risque sur l'État (DOM) ou le territoire (COM) pour les établissements relevant du secteur sanitaire.

Néanmoins, l'AFD ne doit pas se soucier uniquement des garanties associées à ses financements. Elle doit se conduire en prêteur responsable, veiller à ne pas nuire à l'équilibre financier de ses contreparties et apporter, lorsque cela est pertinent, un appui-conseil en matière financière. Plusieurs études ont d'ailleurs été diligentées en ce sens (cf. liste des études financées par l'AFD in 4.5.2).

Un profil de risques par conséquent limité en dépit d'une notation globalement faible des contreparties

Au regard de la notation de l'Agence, le profil de risques des contreparties n'est pas excellent, avec une forte concentration en catégorie BB à BBB de l'ensemble des contreparties analysées.

⁷ Un engagement particulier est une clause pleine et entière du contrat de prêt, se présentant le plus souvent sous la forme d'un complément de demande ajouté à la trame classique du prêt. Il s'agit fréquemment d'une demande de diligence particulière (respect d'un plan pluriannuel de gestion, amélioration d'un taux de recouvrement par exemple, fourniture régulière de preuves d'un effort financier etc...). Le respect ou le non-respect de l'engagement particulier se constate donc après le décaissement ; la seule sanction envisageable est alors l'exigence du remboursement anticipé du prêt.

Graphique 9. Répartition des encours selon le *scoring* de l'emprunteur (versements)

Source : bilan des financements, exploitation CALIA-EQR.

En l'absence de fiche de risque spécifiquement dédiée au secteur, l'évaluation du risque est encore réalisée sur la base des fiches entreprises (pour la santé comme le médico-social), ce qui s'avère particulièrement inadapté aux spécificités de ces contreparties publiques. Certaines contreparties sont donc mal cotées, alors que leur situation financière est saine.

Il est donc logique de retrouver une relation de cause à effet entre ce score et la présence de conditions suspensives dans les conventions de financement, ou encore d'engagements particuliers. Ces exigences supplémentaires sont la traduction d'une volonté de conciliation entre deux exigences : le mandat de banque de développement et l'enjeu de maîtrise des risques de l'institution.

Même si les formulations peuvent varier, les conditions suspensives ont en effet souvent pour objet :

- l'approbation du projet par l'autorité compétente (Congrès en Nouvelle-Calédonie, ARH/ARS ailleurs) ;
- la justification du plan de financement : preuve d'obtention des subventions et/ou des autres prêts ;

- une garantie implicite de soutien : validation du plan de redressement, autorisation de recourir à l'emprunt.

De même, des exigences de suivi en cours d'exécution sont portées dans la convention de financement sans pour autant le bloquer : ce sont les « engagements particuliers ». Concernant les projets santé, ils portent sur les thèmes suivants :

- le respect des ratios financiers de fonctionnement sous-tendant l'équilibre du projet ;
- la possibilité de vérification annuelle par transmission régulière à l'Agence des états financiers ;
- diverses formulations demandant que l'établissement inscrive le remboursement de l'emprunt en priorité ;
- production d'une « lettre de confort » par l'ARS.

Néanmoins, certains de ces engagements semblent inutiles (ceux demandant des garanties et l'inscription du remboursement de l'emprunt en priorité), en l'état de la réglementation.

En effet :

- les règles de la comptabilité publique placent l'emprunt en priorité haute, puisque son remboursement intervient juste après la masse salariale, et peut être inscrit d'office par le payeur ;
- la réforme de la comptabilité hospitalière a abouti en 2011 à rendre obligatoire l'autorisation d'emprunt par l'ARS lorsque des ratios de solvabilité dépassent un seuil d'alerte ;
- l'État et l'ARS ne garantissent jamais explicitement les emprunts des collectivités et des hôpitaux.

En outre, ces engagements ont longtemps été peu suivis une fois le prêt accordé, alors que ceux relatifs aux ratios financiers sont surveillés de fait par le processus de suivi classique des contreparties qui analyse leur risque et leur santé financière chaque année en agence. De plus, les engagements et demandes relatives à l'équilibre du plan de financement ont plusieurs fois été articulés à l'appui-conseil, avec mise en œuvre d'une étude économique et de ses recommandations.

Une approche mixte « approche projet/approche budgétaire » sur le sanitaire

En complément de l'approche risques, existe une réflexion sur l'approche budgétaire, distincte de l'approche par projet dans les interventions classiques de l'AFD. Dans la pratique, il ressort des entretiens avec les contreparties une réalité de moindre opposition entre les deux approches, qui explique notamment le recadrage sémantique entre les notions de concours/projet AFD-opération/projet global. En effet, la plupart des contreparties raisonnent sur des projets globaux pluriannuels et calculent leur besoin d'emprunt sous la forme de tranches annuelles d'équilibrage du budget. Cela explique que les concours de l'AFD correspondent le plus souvent à une partie seulement du projet global.

De même, pour certains chefs de projet de l'AFD, il y a peu de différences entre les deux approches, étant donné que dans le cas d'une approche budgétaire, est analysé et présenté un programme d'investissement général de la structure, détaillant et analysant les investissements les plus importants, qui sont ensuite suivis de façon plus spécifique lors des missions de supervision.

Cette position en faveur d'une approche mixte (approche budgétaire de projet) est majoritaire sur la période considérée. Elle se distingue de l'approche antérieure (avant SAN) plus portée sur le projet sous la forme qui est déployée dans les pays en développement. Cette approche amenait l'AFD à financer uniquement un projet dédié, et à s'assurer après décaissement de la correcte utilisation des fonds par une stricte vérification de l'ensemble des marchés et factures. Cette position, bien qu'elle n'ait plus cours dans les géographies visitées, a laissé chez les interlocuteurs disposant le plus d'historique un souvenir désagréable d'immixtion outrepassant la posture d'une banque face à un interlocuteur public français. L'approche mixte, en conservant la notion de projet, permet enfin d'assurer des fonctions d'appui-conseil intégrant l'analyse de la pertinence du projet au regard des besoins, de sa faisabilité et des effets sur l'activité, ce que la seule approche budgétaire ne permet pas.

Dans quelques cas, la taille de la contrepartie pose aujourd'hui la question d'évoluer vers un financement budgétaire pluriannuel (du même type que celui pratiqué avec les Conseils généraux et les grandes collectivités), lorsque l'établissement mène de front d'importants projets, validés par l'ARS, et nécessitant un budget annuel d'investissement. C'est le cas du protocole avec le CHU de la Réunion (cf. encadré 10).

Encadré 10. Perspective : initier une approche de type financement budgétaire de PPI à La Réunion

À l'avenir, l'agence locale de La Réunion souhaite initier une approche de financement budgétaire de PPI notamment avec le CHU. Aujourd'hui, le financement budgétaire peut être proposé à un taux bonifié, particulièrement à deux types de collectivités : (i) les petites communes bénéficiant d'un moindre accès bancaire ; (ii) les collectivités ayant adopté un PPI clair et partagé, mis en place par une collectivité, et décliné sur plusieurs années dans des axes qui correspondent à ceux de l'AFD (cohésion sociale notamment) sur des projets concrets (transports, écoles, médical...) relevant du budget principal.

Ce type d'approche fonctionne à La Réunion avec quatre EPCI sur cinq (TCO, CINOR, CIREST, CIVIS) et sur certaines communes (Saint-Paul, Saint-Pierre, Le Port). Il en résulte un dialogue stratégique pour rehausser le niveau d'intervention, sachant que l'accompagnement est par nature pluriannuel.

Cette association du dialogue stratégique et du financement pluriannuel est consubstantielle à l'approche budgétaire, pour permettre la mesure de la redevabilité.

Dans le secteur de la santé, cette approche serait cohérente avec le calendrier actuel, avec la signature récente des CPOM, le bouclage des PPI et la rédaction en cours du futur PO 2014-2020. Elle nécessite, parallèlement, la mise en place d'un suivi annuel de la dette de chaque contrepartie hospitalière et médico-sociale, avec un suivi des taux et des prêteurs, pour permettre la poursuite structurée de l'analyse commerciale (et de subsidiarité) entamée après les difficultés de Dexia.

3.4.2. Atouts et limites de l'offre de financement**Le PCL**

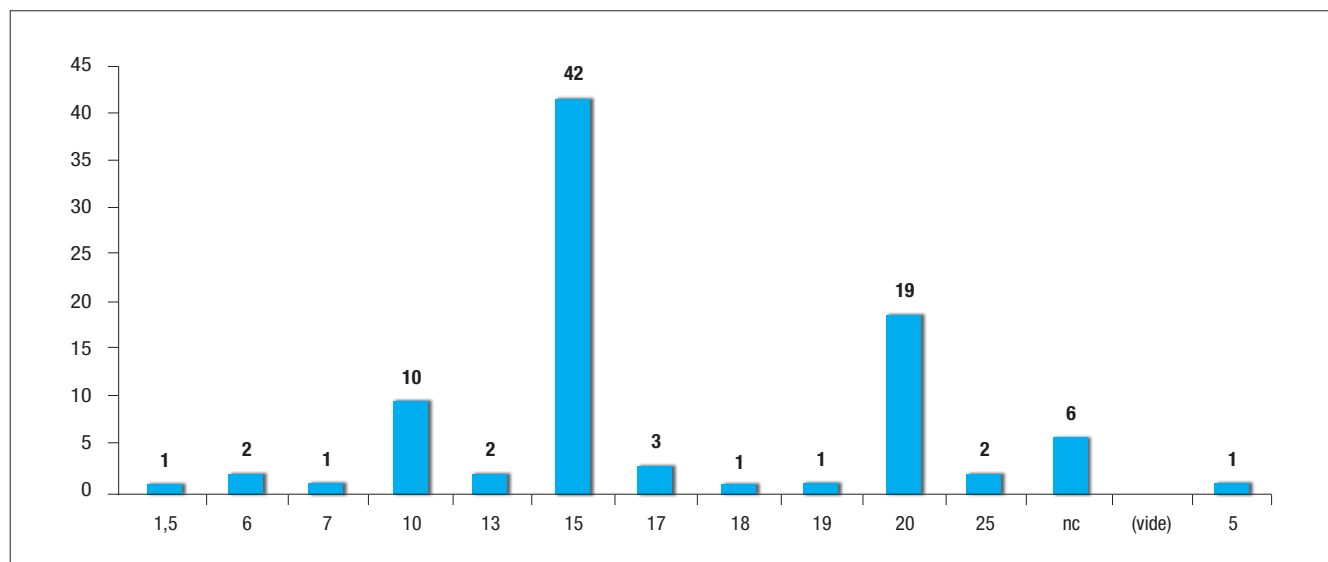
Des prêts majoritairement bonifiés et d'une durée de 15 ans en moyenne

La très grande majorité des prêts consentis relèvent du prêt bonifié classique de l'AFD, à savoir le Premier guichet (PG1) devenu ensuite PCL. On ne relève que peu de prêts non concessionnels (PNC ou anciennement PG2 pour 35 M EUR). Le PCL est un prêt bonifié par l'État afin de permettre à l'AFD de mettre en œuvre sa politique dans le cadre de ses lettres de mission. Dans ce cadre, le taux global proposé par l'AFD

(qui reflète son coût de refinancement et de fonctionnement) est minoré de la bonification, pour permettre une baisse du coût global des investissements publics nécessaires au rattrapage de l'Outre-mer.

La bonification a évolué dans le temps, passant sur la période considérée de 120 à 90 points de base (pb). Le PCL est un produit rigide à durée déterminée. En conséquence, la durée moyenne des prêts du portefeuille est celle du PCL classique, d'une durée courte, généralement 15 ans.

Graphique 10. Durée moyenne des prêts (en années)



Source : bilan du portefeuille d'intervention, exploitation CALIA-EQR.

Une bonification utile mais un niveau de bonification modulable

La bonification PCL est l'une des clefs du succès de l'AFD, puisqu'elle apporte un financement moins coûteux aux contreparties sanitaires et médico-sociales. Il ressort des entretiens et des analyses d'offres concurrentes présentées par les contreparties rencontrées que le taux PCL bonifié a permis d'emporter l'adhésion dans de nombreux cas. Ce faisant, l'AFD a permis une baisse (relative) du coût global des projets.

Celle-ci n'est néanmoins pas chiffrable en raison :

- de l'absence de connaissance des taux proposés par les autres banques sur chacun des projets pour lequel le PCL a finalement été retenu (le secret commercial est opposé par les contreparties à ces communications) ;
- de la faiblesse du coût total des intérêts d'emprunt dans les budgets hospitaliers des contreparties.

Néanmoins, les modifications du contexte actuel d'offre de crédit posent la question du niveau de bonification sur les contreparties publiques de santé. En effet, l'absence d'offre bancaire suffisante sur les grands projets amène de fait l'AFD à accroître sans effort sa part relative, jusqu'à avoisiner les 50 % sur certains territoires.

Enfin, sur certains grands projets, l'Agence va de fait « partager le marché » avec la CDC, celle-ci limitant ses interventions à 50 % d'un projet.

L'absence de produits adaptés à l'ensemble des besoins

Les acteurs rencontrés ont souvent cité, parmi les limites du PCL, sa rigidité, qui a partiellement justifié leur refus de retenir l'offre de l'AFD. Parmi les éléments incriminés, ressortent :

- **la durée** du PCL (15-17 ans selon les périodes malgré une durée maximale théorique de 30 ans), une contrainte mise en avant par les plus petites contreparties qui soulignent d'abord la différence majeure avec l'offre de la CDC, qui permet d'aller jusqu'à 30 ans ; est aussi souligné l'écart entre cette durée et celle de l'amortissement réel des biens ;
- **l'absence d'offre de crédits de trésorerie** : les contreparties hospitalières sont fortement consommatrices de trésorerie et pâtissent de l'arrêt des lignes Dexia depuis l'été 2012. Peu ont trouvé des solutions de remplacement auprès d'autres banques. Sur ce point, néanmoins, les possibilités de report de décaissement du PCL et la relative souplesse de la pratique ont permis de faciliter l'adéquation entre le besoin de trésorerie réel et l'emprunt dans plusieurs cas ;

► **le taux** : malgré la bonification, le taux PCL a parfois été jugé supérieur à celui d'autres offres : privées en début de période, et CDC actuellement sur le médico-social dans les DOM. Face à ce constat (non vérifié, pour des raisons de confidentialité, par une analyse comparative des autres offres reçues), se pose la question de proposer une sur-bonification sur certains secteurs en contrepartie de

sous-bonification sur certains autres. Il reviendrait ainsi aux tutelles de juger si la santé ou le médico-social en relève, en fonction de la nécessité d'un rattrapage d'équipement ;

► **l'absence de montage innovant** : plus spécifique au médico-social, ce constat rejoint celui formulé ci-après sur l'appui-conseil : une difficulté à intégrer le PCL dans des montages complexes.

**Encadré 11. La recherche de financements adaptés par deux acteurs associatifs du médico-social :
Fondation Père Favron et Association Saint-François d'Assise (La Réunion)**

Fondation Père Favron

Fondation soumise à l'ordonnance de 2005, l'association a consulté plusieurs banques avant soumission pour décision au Conseil d'administration. L'offre de l'AFD représente un avantage compétitif important avec des taux jugés bas et inférieurs aux concurrents. En revanche, l'association juge sa durée de remboursement (15-17 ans) inadaptée au projet avec un amortissement des bâtiments sur 30 ans.

L'association ne peut donc financer l'intégralité de ses projets sur un emprunt de l'AFD et doit procéder à un panachage entre plusieurs offres. Sur ce point, l'offre de la CDC, avec des prêts sur 30 ans, est plus pertinente. À ce constat, s'ajoute un intérêt pour l'appui dans la réflexion sur le recours à des montages innovants.

Opportunités/montages innovants identifiés sur les projets d'investissement, mais non affinés à ce jour :

- crédit-bail avec option de rachat ;
- construction d'EHPAD en défiscalisation, qui nécessiterait le recours à une société porteuse (la Fondation n'étant pas imposable) pour partager l'avantage fiscal par prix de vente réduit au bout 5 ans.

Pour la Fondation, ces réflexions sont essentielles, compte tenu du caractère élevé des prix de journée (75 EUR en EHPAD) imposés aux retraités résidents, à leurs obligés alimentaires, ou au Conseil général, au titre de l'aide sociale. Toute opération visant à les réduire est donc capitale.

Association ASFA

Les entretiens avec l'ASFA ont permis d'illustrer deux cas distincts – sanitaire et médico-social – et certaines difficultés notamment liées à la durée du prêt de l'AFD. L'association a une compétence sanitaire (hôpital pédiatrique d'environ 100 lits) et médico-sociale sur le nord et l'est (2 EHPAD sur Saint-Denis d'environ 80 lits, une quinzaine d'établissements en établissement et à domicile sur le handicap).

► *Projet sur l'hôpital d'enfants de 12 M EUR, dont 9 M EUR d'emprunt auprès de l'AFD (projet de mise en place du SSR pédiatrique)*

Sur ce projet, l'AFD a été le seul financeur retenu, suite à un tour de table des banques. L'analyse de son offre par la contrepartie fait ressortir les forces et faiblesses suivantes :

...

...

- forces : taux inférieurs aux autres propositions, relations avec l'agence locale, intérêt fort pour le projet, « caution » pour les autres financeurs ;
- faiblesses : durée de l'emprunt sur 20 ans, alors que les autres propositions étaient sur 30 ans.

► *Projets EHPAD : EHPAD Sainte-Clotilde en 2007/2008 et EHPAD Berthin en 2010*

L'AFD s'était positionnée en 2007 sur le financement de l'EHPAD de Sainte-Clotilde mais n'avait pas été retenue par l'association, en raison d'une durée de prêt trop courte. En 2010, l'association n'a pas fait appel à l'AFD, estimant que la CDC était plus spécialisée dans le domaine et lui offrait une proposition plus performante (prêts sur 30-32 ans). Les banques locales, quant à elles, ne sont pas compétitives : sur de tels montants d'investissements, elles sont contraintes de créer des groupements qui entraînent une hausse des taux.

3.4.3. Procédures d'instruction, de mise en œuvre et de suivi

L'instruction au siège : une équipe réduite mais adaptée

La mise en place des interventions en Outre-mer de SAN s'est effectuée avec une équipe réduite au sein de la division. Sur la période, la charge de travail dédiée à l'Outre-mer est estimée entre 0,8 et 1 ETP par an, répartie entre le directeur adjoint et deux chefs de projets. Elle est donc faible au regard du volume d'encours.

Un dossier d'instruction complet mais lourd pour les contreparties

L'instruction et le montage des dossiers sont jugés très complets, plus poussés que ceux des banques classiques. Les éléments financiers sont classiques et communs aux autres banques, mais des documents complémentaires sur le volet budgétaire et les études d'impact sont souvent requis.

En effet, quatre grands types de documents sont demandés lors de l'instruction :

- financiers : PPI, PGFP, rapport de gestion, tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPS), bilan, compte de résultat, état de la dette avec répartition par emprunteur, contrat d'objectifs et de

moyens avec l'ARS, point sur les subventions et aides titres IV perçues ou à percevoir, schéma directeur architectural, contrat de retour à l'équilibre financier ;

- juridiques : délibérations portant sur la dénomination des établissements, délibérations portant délégation du directeur ;
- suivi des opérations : tableau récapitulatif des actes d'engagement et des ordres de services justifiant des dépenses, photocopies des marchés, état récapitulatif des dépenses certifiées par le trésorier justifiant les travaux ;
- études d'impact environnemental spécifique.

En conséquence, les contreparties estiment que la procédure est longue, et certains interlocuteurs la qualifient de lourde et contraignante, y compris au cours du projet (justification au fil de l'eau de l'utilisation des fonds).

En revanche, tous admettent que cette complétude est « rassurante » et assure une garantie de qualité du projet (cf. *infra* valeur ajoutée de l'AFD).

Encadré 12. Une instruction lourde : illustration avec l'association Père Favron (La Réunion)**Nature et modalités d'instruction :**

L'instruction est jugée lourde tant pour l'AFD (environ 8 mois) que pour la CDC (plus d'un an) et ce par rapport aux banquiers traditionnels (1 mois). Cette lourdeur est due en grande partie à l'intervention du siège de l'AFD et au nombre important de documents administratifs à fournir. En effet, en plus des comptes, un dossier architectural fouillé et un plan de financement pluriannuel de la fondation sur 5 ans étaient demandés (cas inhabituel pour l'association). L'association note également une forte contrainte : le dossier ne peut être accepté par l'AFD qu'une fois la garantie du Conseil général obtenue, ou tout au moins celle-ci constitue une condition suspensive. Or, pour l'obtenir, il faut une offre définitive ferme de la banque.

Rôle d'appui conseil :

L'association estime être « passée à côté » de l'appui possible de l'AFD, qui était prête à financer des études et travaux sur les économies d'énergie. Pour le reste, l'association n'a pas de besoin spécifique, ayant son propre chef de travaux en interne et renvoyant au Conseil général pour l'étude et la pertinence des besoins.

Des procédures de suivi partagées entre le siège et le local, un intérêt marqué pour les projets différents des banques classiques

Sur les projets analysés, les procédures habituelles de suivi des contreparties – suivi des cotations, et mise à jour annuelle des comptes par les agences locales – ont été mises en œuvre. Les équipes du siège de l'AFD (OMR et SAN) effectuent également la visite annuelle des contreparties et la visite des chantiers, pour suivre les travaux financés.

Dans ce cadre, les contreparties rencontrées soulignent l'intérêt marqué par l'AFD sur le projet et ses composantes, ainsi que, plus généralement, sa réflexion sur le développement plus global de l'offre de soins et sa cohérence avec les outils de planification (schémas régionaux d'organisation des soins [SROS] notamment).

Encadré 13. Retours qualitatifs des contreparties du projet PSO (la Réunion, CH Gabriel Martin)

La relation avec le chef de projet SAN a été fortement appréciée et plusieurs rencontres ont eu lieu (sur place à La Réunion deux fois par an et dans des rencontres de type Association des directeurs d'hôpitaux (ADH) et Hôpital-expo en métropole). Le sérieux et l'expertise de l'Agence sont soulignés, à travers les aspects suivants :

- des dossiers méticuleux, plus lourds que les banques classiques et des demandes spécifiques ;
- des dossiers rassurants garants d'un projet solide ;
- en contrepartie de ces efforts, une implication forte de l'Agence et une bonne connaissance du secteur hospitalier ;
- une démarche proactive vers les établissements (déplacement de SAN en amont des projets, et même sans projet clairement identifié) ;
- un positionnement de long terme bien installé auprès des hôpitaux ;
- un niveau d'interlocuteur de qualité, conseillant également sur les autres possibilités de prêt.

3.5. Résultats et effets : dans quelle mesure les interventions de l'AFD dans le secteur de la santé en Outre-mer ont-elles contribué à atteindre les objectifs fixés dans la stratégie ?

Résultats et effets des interventions – synthèse

Les interventions de l'AFD sur la période 1999-2012 ont globalement atteint les objectifs initialement fixés de renforcement (mise aux normes, réhabilitation, capacité) de l'offre hospitalière sur le secteur sanitaire, à travers la combinaison des deux outils d'intervention : financement d'investissements à travers l'octroi de prêts, et apport de connaissances via le financement d'études et l'appui conseil délivré par les équipes. Les financements de l'AFD ont facilité l'accès à l'emprunt, notamment depuis 2009, dans un contexte marqué par le retrait des banques commerciales, et ont contribué au phénomène de rattrapage des territoires ultramarins en matière d'offre de soins hospitalière.

Tous les projets sanitaires analysés du fait de leur inscription dans les schémas stratégiques et de leur validation par les autorités sanitaires sont pertinents par rapport aux besoins de l'offre, cohérents avec les schémas, sans effet d'aubaine ou d'incohérence.

Sur le volet médico-social, les contributions sont restées en revanche ponctuelles et peu de résultats sont consolidables. Plusieurs freins expliquent cette situation ; ils sont pour une part intrinsèques au secteur (points 1 et 5) et pour d'autres relevant de l'AFD (2, 3, 4) :

(1) des lignes directrices moins évidentes que ne l'étaient les plans hôpitaux sur le sanitaire, du fait de la territorialisation des institutions en charge (Conseil général et ARS) et du moindre degré de précision financière des schémas ;

(2) une position de l'Agence sur le médico-social encore peu affirmée, auprès des institutionnels locaux et des opérateurs ;

(3) *a contrario*, une position plus dominante de la CDC sur ce secteur ;

(4) un portage complexe et des difficultés liées par les contreparties liées au modèle de financement et à l'outil PCL (prêt de l'AFD court par rapport aux besoins des contreparties) :

(5) des réflexions encore peu abouties...

- sur les modèles de financement innovants du médico-social,
- et sur les perspectives de développement de la prise en charge du vieillissement et de la dépendance, au-delà de la construction d'établissements médicalisés.

Rappel méthodologique

Définition

Cette question vise à porter un jugement sur l'efficacité des interventions de l'AFD par rapport aux objectifs définis dans sa stratégie santé en Outre-mer sur la modernisation de l'offre hospitalière et le développement de l'offre médico-sociale.

Au niveau des projets, l'objectif principal poursuivi par l'évaluation porte, d'une part, sur la mesure des résultats de chaque intervention et, d'autre part, sur l'appréciation des éventuels effets significatifs non prévus.

Principales sources d'information et données

Ce questionnement repose principalement sur :

- l'analyse du portefeuille d'intervention,
- les fiches d'évaluation *ex post* des projets,
- les investigations de terrain et les entretiens stratégiques,
- des entretiens au niveau national.

3.5.1. Une contribution forte de l'AFD à la restructuration sanitaire de l'ensemble des territoires ultramarins

Les financements de l'AFD ont facilité l'accès aux emprunts, notamment à partir de 2009, dans un contexte de raréfaction des crédits

Comme précisé *supra* (cf. question évaluative 2 sur le positionnement de l'AFD par rapport aux opérateurs financiers), les financements de l'AFD ont permis aux porteurs de projet un accès aux crédits dans un contexte de retrait de certaines banques commerciales et, plus globalement, de frilosité de financement des hôpitaux.

En ce sens, l'Agence a joué pleinement son rôle de subsidiarité, permettant aux contreparties de diversifier leurs financements, dans un contexte de baisse des propositions, et d'accroissement des marges.

L'AFD a contribué à l'essentiel des grands projets structurants de la décennie passée et au rattrapage des territoires en matière sanitaire

Les 89 projets soutenus par l'AFD représentent l'essentiel des grands projets structurants des territoires ultramarins de la décennie.

Tableau 9. Liste des bénéficiaires d'un prêt AFD sur la période 1999-2012

GUADELOUPE	MARTINIQUE	LA RÉUNION
ADSEA	CH du Carbet	Association Saint-François d'Assise
Centre gérontologique du Raizet	CH du Lorrain	CH Gabriel Martin
CH Basse-Terre	CH Louis Domergue	CHD Félix Guyon
CH Beauperthuy	CH Marin	CHI Saint-André
CH Capesterre	CHG du Lamentin	Commune de l'Entre-Deux
CH M. Selbonne	CHU Fort de France	EPSMR
CH Montéran	GCS – Système d'info santé	Fondation Père Favron
CH Ste-Marie de Marie Galante	Hôpital de Saint-Joseph	Groupe hospitalier Sud Réunion
CHU Pointe-à-Pitre	Hôpital local du François	SAINT-MARTIN
EHPAD SEMAG	Syndicat inter-hospitalier Mangot-Vulcin	
GUYANE	MAYOTTE	SAINT-BARTHÉLÉMY
		CH St Martin
APAJH	CH Mayotte	CH Saint-Barthélemy
CH Cayenne	NOUVELLE-CALÉDONIE	SAINT-PIERRE ET MIQUELON
		CH François Dunan
	Centre hospitalier territorial	WALLIS ET FUTUNA
	CHS Albert Bousquet	
	POLYNÉSIE	Agence de Santé Wallis et Futuna
	CHT Mamao	
	Territoire de Polynésie	

Source : auteurs à partir des données AFD.

L'évaluation *ex post* d'un échantillon de ces projets révèle que les projets ainsi soutenus :

- s'inscrivaient tous dans les planifications stratégiques des autorités sanitaires en place : SROS II et III pour les DOM (portés par les ARH puis les ARS), planification des ministères en charge dans les COM ;

- de ce fait répondent aux enjeux et besoins prioritaires des territoires, tant en matière de :

- renforcement des capacités,
- mise aux normes et rénovation,
- rééquilibrage infraterritorial.

Les évaluations *ex post* de ces projets ont parfois mis en évidence le retard pris dans certains projets et des dérapages de chantiers, mais n'ont pas souligné d'effets de surcapacité, ni d'absence de pertinence des projets.

Ainsi, à La Réunion par exemple, la contribution de l'AFD sur les différents établissements du nord, du sud et de l'ouest s'est clairement inscrite en appui à la reconfiguration de la carte sanitaire en matière d'offre de soins et du rééquilibrage infrarégional. La reconfiguration réunionnaise visait en effet à créer quatre pôles sanitaires sur chaque point cardinal de l'île, favorisant aussi le rapprochement institutionnel des acteurs. L'AFD a participé et participe encore au financement de trois de ces quatre pôles (nord, sud, ouest).

En Guadeloupe, en 2007, une large opération de restructuration des trois plus importants EHPAD publics hospitaliers (Capesterre, Beaufort, Centre gérontologique du Raizet) a été validée. L'AFD appuie chacune de ces grandes opérations par un financement d'études, puis par des prêts.

En Martinique, la plupart des importantes restructurations/modernisations hospitalières bénéficient d'un financement bonifié de l'AFD.

En Nouvelle-Calédonie, la reconfiguration de l'offre sanitaire passe par la création d'un très grand pôle sanitaire, qui sera à terme la référence et l'acteur principal (Médipôle de Koutio), avec un appui spécialisé (CH de santé mentale) et un relais dans le nord. L'AFD appuie les deux premiers projets (Médipôle et CH Gaston Bourret), le troisième n'étant pas encore d'actualité.

À Mayotte, la reconfiguration sanitaire de l'île s'est appuyée sur une stratégie de concentration des fonctions principales sur le CH Central, chapeautant les hôpitaux locaux, et les dispensaires. L'ensemble pluriannuel de cette modernisation/reconfiguration a été accompagnée par l'AFD dans plusieurs de ses plus importants segments.

À Saint-Pierre et Miquelon, l'avenir des soins hospitaliers passe aussi par la télé-médecine, pour diminuer les évacuations et assurer un niveau de service malgré la petitesse du territoire. Cette opération a aussi bénéficié du soutien de l'AFD.

Sur le médico-social, les interventions sont plus ponctuelles, du fait de la difficulté du modèle et de la position dominante de la CDC

Sur le volet médico-social, les contributions sont restées relativement ponctuelles, et les résultats succincts au regard du nombre de projets menés (cf. *supra*).

Plusieurs freins ont été identifiés *via* l'analyse *ex post* des projets en cours d'instruction ou n'ayant pu aboutir ; ils sont pour une part intrinsèques au secteur (points 1 et 5) et, pour d'autres, relevant de l'AFD (2, 3, 4) :

- (1) les lignes directrices sont moins évidentes que ne l'étaient les plans hôpitaux sur le sanitaire, du fait de la territorialisation des institutions en charge (Conseil général et ARS) et du moindre degré de précision financière des schémas ;
- (2) la position de l'Agence sur le médico-social est encore peu affirmée auprès des institutionnels locaux et des opérateurs ;
- (3) *a contrario*, on note une position plus dominante de la CDC sur ce secteur (cf. *supra* question évaluative 2) ;
- (4) le portage est complexe et des difficultés liées par les contreparties sont liées au modèle de financement et à l'outil PCL (prêt AFD court par rapport aux besoins des contreparties (cf. *supra* question évaluative 3) ;
- (5) des réflexions encore peu abouties (cf. *infra* ; incertitudes et perspectives)...

- sur les modèles de financement innovants du médico-social,
- et sur les perspectives de développement de la prise en charge du vieillissement et de la dépendance, au-delà de la construction d'établissements médicalisés.

Néanmoins, l'ensemble des premières expériences menées, notamment en Guadeloupe et à La Réunion, ont permis d'initier certaines pratiques et une prise de conscience des inégalités et de l'importance des besoins. Ces expériences sont déterminantes pour capitaliser et préparer la suite.

3.5.2. Au-delà de son rôle de financeur, un rôle d'appui-conseil réel sur certains projets, à promouvoir et conforter sur d'autres

Les réalisations en matière d'appui-conseil sont mesurées à travers les deux types d'outils :

- le cofinancement d'études ciblées,
- le dialogue stratégique et technique avec les partenaires (institutionnels et contreparties).

Au-delà de ces deux formes d'intervention, les résultats en matière d'appui-conseil sont analysés selon l'angle suivant :

- un appui-conseil de type stratégique incluant les études de nature stratégique (en amont des projets) et sectorielle contribuant à la connaissance des secteurs et à l'échange entre acteurs ; le dialogue stratégique engagé par l'AFD (siège et agence locale) auprès des partenaires clefs des secteurs santé et médico-social ;
- un appui-conseil plus technique et opérationnel comprenant les études directement liées aux projets (audits, business plan, modèle financier) et l'appui-conseil de proximité pendant les phases de recensement des besoins, d'instruction et de suivi.

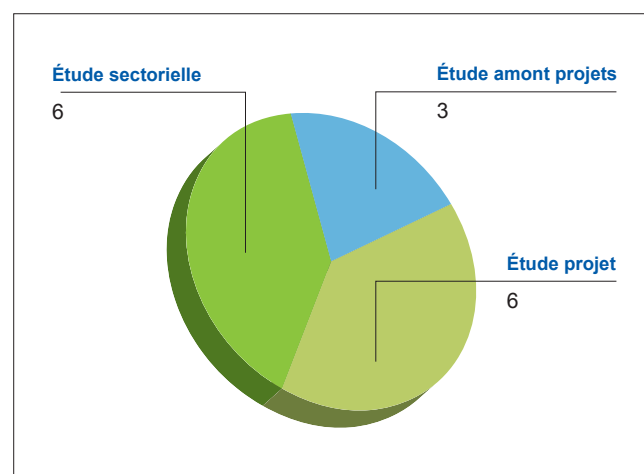
Un rôle d'appui-conseil via le financement de prestations intellectuelles : 15 études financées sur la période pour nourrir la réflexion

Sur l'ensemble de la période, l'AFD a cofinancé trois principaux types d'études :

- les études projet : il s'agit d'études directement liées à l'amélioration d'un projet identifié ou en cours, par le biais d'un audit, d'un business plan ou d'un modèle financier ;
- les études stratégiques en amont de projets : il s'agit des études visant à éclairer un secteur d'intervention avant une éventuelle opération (étude Contrat de projets État/Territoire de Polynésie, évaluation de l'Agence de santé de Wallis...) ;
- les études sectorielles stratégiques, déconnectées des projets : elles visent à apporter un éclairage complémentaire sur le secteur (e.g. migrations santé à Mayotte).

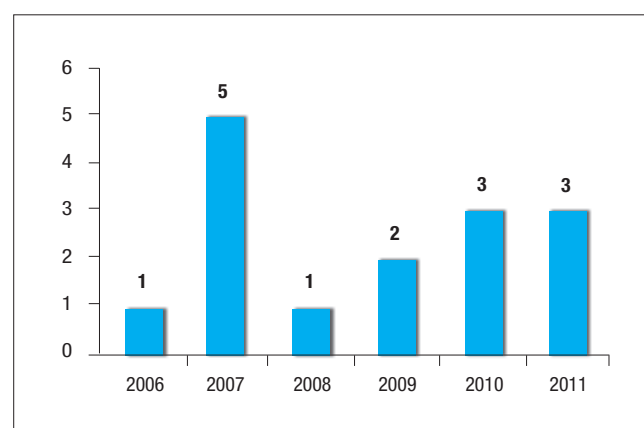
Les prestations intellectuelles ont été financées à partir de 2006 et sur toute la deuxième partie de période de manière régulière, fortement soutenues par la mise en place de l'équipe spécifique santé Outre-mer (au sein de SAN, cf. question évaluative 1).

Graphique 11. Typologie des études financées par l'AFD (2006-2011)



Source : Bilan des études menées, exploitation CALIA-EQR.

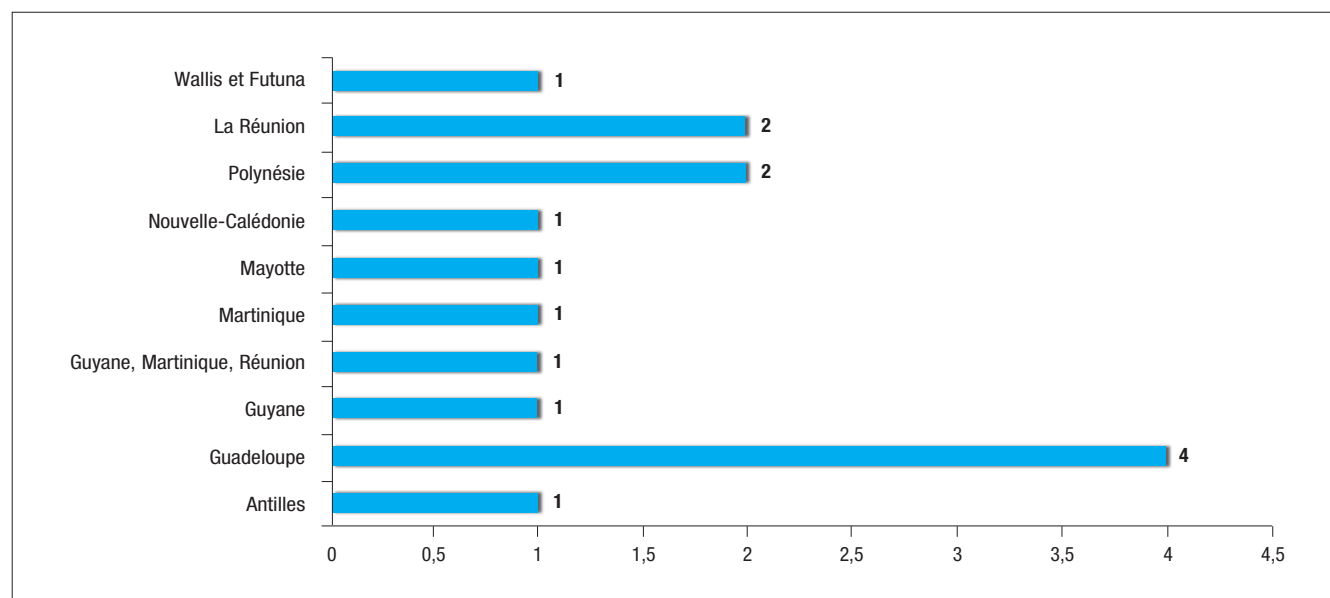
Graphique 12. Nombre des études financées par l'AFD (2006-2011)



Source : Bilan des études menées, exploitation CALIA-EQR.

Les études ont porté sur l'ensemble des géographies, avec une nette concentration sur les DOM et notamment les Antilles (4 études spécifiquement sur la Guadeloupe, 1 sur les Antilles, 1 sur les DOM).

Graphique 13. Ventilation géographique des études financées par l'AFD (2006-2011)



Source : Bilan des études menées, exploitation CALIA-EQR.

Tableau 10. Études financées par l'AFD par typologie (2006-2011)

OBJET	NOM DE L'ÉTUDE
Type 1. Étude projet	Évaluation budgétaire et financière du CH Capesterre en Guadeloupe, 2007, SANESCO
	Évaluation budgétaire et financière du CH Beaufort en Guadeloupe, 2007, SANESCO
	Évaluation budgétaire et financière du CGR du Raizet en Guadeloupe, 2007, SANESCO
	Diagnostic financier et analyse prospective du CHU de Fort-de-France
	Étude d'ingénierie financière et juridique sur la réalisation du bâtiment principal et du logipole du Médipôle de Koutio en Nouvelle-Calédonie
	Étude sur les modalités budgétaires et financières de réalisation du Pôle Sanitaire de l'Ouest (La Réunion)
Type 2. Étude amont projets	Évaluation budgétaire et financière de l'Agence de Santé de Wallis et Futuna dans le cadre de la mise en œuvre de son plan directeur
	Mission d'étude pour l'actualisation et la programmation de la mise en œuvre du programme santé du contrat de projets 2008-2013 État/Polynésie française
	Mission d'étude budgétaire et financière sur la réalisation du programme d'investissement et de fonctionnement du programme santé du contrat de projets 2008-2013 État/Polynésie française

OBJET	NOM DE L'ÉTUDE
Type 3. Étude sectorielle	Étude sur le secteur économique de la Santé en Guadeloupe
	Étude sur la prise en charge hospitalière à La Réunion de patients étrangers pour les pathologies nécessitant des technologies et des spécialistes non disponibles dans leurs pays
	Étude sur les surcoûts hospitaliers à la Guadeloupe et à la Martinique
	« Migration, santé et soins médicaux à Mayotte », <i>Document de travail</i> AFD n°90 ⁸
	« Migrations et soins en Guyane », <i>Document de travail</i> AFD n°105 ⁹
	Enquête migration, famille, vieillissement

Les différents types d'études financées sont de nature hétérogène et n'ont donc pas la même valeur ajoutée :

- les études sectorielles macro ont été soulignées comme de qualité par plusieurs interlocuteurs rencontrés, et avec une bonne diffusion (étude Migrations, santé et soins, étude Prise en charge des patients étrangers notamment), et pouvant faire l'objet de capitalisation ou de transposition à d'autres territoires ;
- les études amont ont permis de pallier l'absence de planification stratégique dans certaines géographies (Polynésie notamment) ;

tandis que les études directement liées au projet ont contribué de manière variable (cf. *infra*) à l'amélioration du projet, à sa viabilisation ou à attirer certains bailleurs. L'analyse n'a cependant pas identifié de cas où un projet ne s'est pas fait suite à une étude. Cela s'explique d'une certaine manière par la nature même des études, qui visent à affiner un projet et non à le remettre en cause. En revanche on note aussi une relation entre des situations de refus d'études par la potentielle contrepartie et le non-financement du projet (Pôle sanitaire de l'Est à La Réunion par exemple).

Encadré 14. Exemple d'une étude amont : l'étude 2013 sur les impacts des évolutions démographiques de la population des personnes âgées sur les finances du Conseil général de Guadeloupe

L'étude CALIA-ENEIS a été demandée après anticipation par l'Agence et le Conseil général de difficultés liées au secteur. Elle a permis de mettre en avant le télescopage de plusieurs dimensions :

- un retournement démographique à l'horizon 2030 ;
- l'impact de celui-ci sur la dépense sociale du Département ;
- l'obligation d'actionner des leviers structurels.

Parmi ces leviers ont été identifiés les éléments suivants :

- le volume de l'offre de services et de places : le Conseil général peut maîtriser la progression du nombre global de places d'hébergement et de services générant des impacts financiers pour lui-même en utilisant les leviers de l'autorisation, de l'habilitation à l'aide sociale, et de l'appel à projet ;
- la mise sous contrainte des coûts de journée en établissement par la maîtrise et la revue des prix de journée tarifés.

...

⁸ Document téléchargeable sur le site Internet de l'AFD :

<http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Documents-de-travail/090-document-travail.pdf>

⁹ <http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Documents-de-travail/105-document-travail.pdf>

...

- La maîtrise des coûts de journée des établissements est un élément essentiel de réduction de la dépense et d'accroissement du remplissage des établissements par des résidents hors aide sociale.

- Cette maîtrise passe par plusieurs leviers :

pour l'offre actuelle :

- établissement d'un référentiel de coûts opposable ;
- élaboration de CPOM pour les établissements complexes.

Pour l'avenir :

- coût journalier plafond imposé aux porteurs de projets dans le cadre des appels à projet ;
- diversification de l'offre: ouvrir des modes alternatifs de prise en charge comme les foyers-logement (30-35 EUR/j.) plutôt que des EHPAD ;
- prise en charge directe du bâti par le Conseil général (sortir les flux d'investissement de la tarification).
 - La réduction des investissements non sociaux.

Tous ces éléments ont été ensuite mis en avant par le Conseil général dans le lancement d'une réflexion sur ses établissements :

- prise d'une délibération modifiant le nombre d'ouvertures de places sur le reste de la programmation du schéma ;
- décision d'auditer les établissements discordants et d'engager un processus d'étude des conditions d'évolution de la tarification et du financement.

Deux études emblématiques sur les projets, illustrant la valeur ajoutée de la prestation intellectuelle en complément du financement de l'investissement immobilier

En Nouvelle-Calédonie, l'étude Auclair-KPMG portant sur l'ingénierie financière et juridique du bâtiment principal du logipole et du Médipôle de Koutio a permis à la fois :

- de mesurer la soutenabilité de l'investissement pour l'hôpital et la collectivité ;
- d'assurer la qualité du projet vis-à-vis du Congrès (compréhension des enjeux par le Congrès et du besoin de retrouver une capacité d'autofinancement afin d'entretenir et renouveler les équipements par les services centraux du Gouvernement) ;
- de valider les demandes des financeurs ;
- de sécuriser l'AFD sur le projet et d'anticiper certains surcoûts.

Cette étude a donc concrètement fourni une contribution claire au bouclage du plan de financement.

À la Réunion, l'étude sur les modalités budgétaires et financières de réalisation du Pôle sanitaire de l'Ouest (Étude Ernst & Young, 2010) a été spontanément citée par les contreparties (responsables du CH Gabriel Martin notamment) et les partenaires, à la fois pour son apport sur la faisabilité du projet et pour sa qualité, clairement rendue possible par le cofinancement de l'AFD.

En effet, pour asseoir le projet, il a été décidé, d'un commun accord, de financer une étude spécifique. Cela s'est traduit par un cahier des charges, une analyse, et un financement communs. Deux volets ont été étudiés : la pertinence de la taille du projet et celle des modèles économique et financier.

La démonstration apportée par l'étude a été claire sur l'opportunité : capacité satisfaisante, voire légèrement en deçà des besoins du bassin de santé, avec aussi validation du modèle économique PGFP.

De manière générale, il est relevé que l'AFD a une vision globale du projet, qu'elle ne se limite pas à son apport de prêts et qu'elle est en alerte sur la globalité du projet.

Un rôle d'appui-conseil renforcé à partir de 2007, une expertise reconnue par les acteurs mais un rôle de dialogue stratégique et technique, inégalement apprécié

Les visites de terrain et l'analyse *ex post* de certains projets ont souligné une reconnaissance des contreparties sur l'expertise technique de l'AFD. L'ensemble des personnes rencontrées a souligné la forte présence des équipes (siège et agences locales), le dialogue stratégique et technique engagé environ une fois par an avec le référent de la division SAN.

Cette expertise est plus fortement appréciée dans les COM que dans les DOM. Sur le projet Koutio (Nouvelle-Calédonie), par exemple, les responsables soulignent l'importance du rôle de l'AFD (« *on a l'impression de monter le dossier ensemble* ») et le suivi annuel régulier, déplorant *a contrario* le rôle très en retrait et éloigné de la CDC sur un même dossier (longueur, suivi irrégulier, décision depuis Paris).

Dans les DOM, si l'Agence est perçue comme une banque « atypique », les porteurs de projet ne ressentent pas un besoin fort d'appuis techniques sur les projets, dans la mesure où ils disposent des ressources internes techniques. Au niveau des institutionnels également (cf. *supra*, question évaluative 2), la position de l'Agence en tant que « facilitateur » ou accompagnateur des politiques publiques est encore faiblement perçue par les ARS et les Conseils généraux des DOM.

3.5.3. Transversalement, une valeur ajoutée d'abord reconnue sur le volet financier, à conforter sur le volet conseil

Transversalement, et comme nous l'avons vu (cf. questions évaluatives 2 et 3 notamment), trois types de valeur ajoutée sont principalement reconnus pour les financements de l'AFD et portent spontanément plutôt sur le volet financier, selon les contreparties :

- une valeur ajoutée financière liée à la présence permanente de l'AFD avec l'outil PCL bonifié, sous la forme de prêts importants, un élément essentiel dans un contexte fortement restreint ;
- une valeur ajoutée de « caution » : forme de labellisation donnée implicitement par l'AFD au projet et permettant d'attirer d'autres financeurs ou de rassurer certains partenaires ;
- une valeur ajoutée plus technique renvoyant à l'appui-conseil dans certains projets, et l'effet multiplicateur joué par certains financements de l'AFD sur d'autres financeurs.

De manière synthétique, il serait possible de résumer les différences de point de vue et d'interprétation des valeurs ajoutées de l'AFD de la manière suivante :

- l'AFD elle-même place au premier plan son rôle d'appui-conseil, qui la différencie des autres banques et institutions financières ;
- les contreparties, notamment sanitaires, mettent en avant le choix de l'AFD pour sa bonification ;
- enfin, la réalité de la situation financière depuis 2010 place le volume d'octrois comme premier critère d'utilité de l'AFD.

Une valeur ajoutée d'abord financière

Principalement pour les contreparties interrogées, ainsi que certains institutionnels, la valeur ajoutée de l'AFD provient de sa compétitivité (offre souvent la moins chère) et d'une présence rassurante. Ainsi, certaines contreparties ont retenu l'AFD comme seul financeur sur certaines opérations, avec autofinancement.

Une valeur ajoutée de « caution », pouvant permettre un effet multiplicateur

Les contreparties ont souvent mis en avant la caution apportée par un financement de l'AFD, sorte de labellisation donnée implicitement par l'AFD au projet et permettant d'attirer d'autres financeurs ou de rassurer certains partenaires institutionnels. Ainsi, à La Réunion, le CHU estime que la présence de l'AFD

joue un rôle positif de levier à la fois sur (i) l'obtention de prêts auprès d'autres banques (effet multiplicateur sur les autres opérateurs privés) et (ii) sur la validation du projet par l'ARS.

Pour cela, la préparation sur CPOM a été faite de manière itérative dans un dialogue sécurisant pour les autres financeurs bancaires courants.

4. Perspectives et recommandations

4.1. Des besoins encore nombreux à couvrir, un positionnement stratégique à affirmer

Sur le sanitaire : des projets à achever pour parfaire le rattrapage, des besoins spécifiques sur certains territoires

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, et maintiennent donc d'importants besoins de financement jusqu'en 2016. C'est notamment le cas sur les projets Koutio en Nouvelle-Calédonie, CGR et Capesterre en Guadeloupe, le CHU et le PSO à La Réunion.

Tableau 11. Projets prioritaires à financer dans les géographies visitées

TERRITOIRE	PROJETS
La Réunion	Projet PSO : des besoins de financements bonifiés de 25 M EUR Protocole CHU : un besoin d'emprunts estimé à plus de 135 M EUR d'ici 2018 : • CHU sud projet de restructuration du bâtiment central (90 M EUR) et projet du Tampon (Alzheimer) • CHU nord bâtiment de soins critiques (35 à 40 M EUR) et délocalisation des unités d'enseignement (IFSI...)
Guadeloupe	Projet CGR : complément de 17 M EUR en cours d'instruction Projet Capesterre Projet CHU de Pointe-à-Pitre
Mayotte	Projet suite des opérations du CHM
Nouvelle-Calédonie	Projet Koutio : volet financement de l'ASS Projet Koné

Source : auteurs à partir des données AFD.

Recommandations opérationnelles :

- recenser la liste des projets à financer dans les 5 prochaines années sur l'ensemble des territoires ;
- engager une concertation avec l'ARS sur la capacité du secteur bancaire et des institutions financières publiques à couvrir la programmation des besoins ;
- engager une concertation avec la BEI sur leurs intentions réelles (sur Koutio notamment) et la hauteur de leur apport ;
- phaser de manière pluriannuelle les besoins exprimés.

Sur le médico-social : des besoins cruciaux, un positionnement à conforter, une complémentarité à trouver avec la CDC

Les projections démographiques et le niveau actuel de sous-équipement des territoires d'Outre-mer soulignent des besoins de prise en charge structurels et en émergence rapide sur le médico-social.

Le vieillissement accéléré, marqué par un retournement démographique aux Antilles notamment, et les territoires (COM, Mayotte), où l'offre reste encore à construire (services, établissements, aide sociale), font état de nombreux besoins, sur un secteur où les perspectives de prise en charge (maintien à domicile notamment) sont encore en réflexion, en Outre-mer comme en métropole.

Face à ces besoins et enjeux, l'Agence doit réaffirmer son positionnement et sa stratégie pour gagner en visibilité, notamment en complémentarité avec la CDC, fortement présente sur ce champ. En participant à la réflexion stratégique sur le secteur (cf. *infra*), l'AFD pourrait se positionner sur les formes alternatives de prise en charge innovantes.

Recommandations opérationnelles :

- identifier les études stratégiques et projets pertinentes avec les contreparties institutionnelles (Conseil général dans les DOM, Province Sud en Nouvelle-Calédonie) ;
 - étudier la construction d'une offre complémentaire avec la CDC, délimiter le périmètre d'intervention de chaque institut selon le type d'établissements ;
 - sur les EHPAD : définir deux modes de financements (un public et un privé), combinant chacun plusieurs modalités articulées autour de produits ;
- **pour le public** : un modèle reposant sur la combinaison d'instruments pour assurer le financement durable et soutenable de l'investissement :

- pour le capital : emprunt PCL et FCTVA, subventions d'investissement ou avances remboursables ;
- pour l'allègement de la charge d'intérêts : bonification et garanties d'emprunt ;
- pour le financement durable des flux de remboursement : rôle de la tarification ;

- pour le privé :

- pour le capital : emprunt PCL, prise de participation dans les SEM ;
- pour l'allègement de la charge nette : montage défiscalisant, soumission à TVA ;
- pour l'allègement de la charge d'intérêts : bonification et garanties d'emprunt ;
- pour le financement durable des flux de remboursement : rôle de la tarification ; la définition de deux modalités doit permettre à chaque projet de s'inscrire dans l'un ou l'autre, et de simplifier ainsi l'instruction et l'analyse des risques par la limitation des modèles ;

- **sur les autres formes d'hébergement** : définir le mode de financement d'une offre alternative aux EHPAD : foyer-logements, plateforme de quartier.

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 stratégique pourrait être renforcé en poursuivant :

- les études stratégiques et prospectives sur le médico-social en Outre-mer ;
- le dialogue stratégique avec les autorités.

Recommandations opérationnelles :

L'Agence devrait renforcer son rôle dans le dialogue stratégique, facilité par :

- un dialogue régulier avec les ARS, Conseils généraux et ministères concernés dans l'ensemble des géographies par les agences locales ;
- un dialogue au niveau central avec la CNSA et certains acteurs institutionnels clefs du secteur (en lien avec la Convention AFD-UNCCAS) ;
- 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 ;

- l'appui des Conseils généraux dans la planification financière (investissements et impacts en fonctionnement) de leurs schémas médico-sociaux ;
- la réflexion sur la possibilité d'un accompagnement pluriannuel de type budgétaire sur certains PPI conséquents ;
- 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. *infra*) et sur les perspectives de prise en charge.

4.2. Des incertitudes fortes

Les incertitudes liées aux limites des interventions de l'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 :

- 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 ;
- l'absence de modèle public stabilisé exploitant les atouts d'une propriété publique ;
- l'absence de modèle privé et/ou associatif exploitant les avantages fiscaux dans un contexte de garantie par la tarification.

Ces réflexions seraient à compléter par la réalisation d'une étude comparative des modèles de financement des établissements médico-sociaux :

- modèle financier public (avec propriété publique, relation FCTVA/TVA, portage SPLA¹⁰, maîtrise amont du foncier) ;
- modèle de financement immobilier (avec défiscalisation, TVA, bail...).

Encadré 15. Exemple de réflexion sur le modèle public du Conseil général de La Réunion

Propriété départementale des établissements

L'idée est issue d'une réflexion sur la perte de propriété en cas de défaillance. Le poids de l'aide sociale à La Réunion (90 %) invite en effet à envisager des récupérations importantes du bâti en cas de défaillance de la structure porteuse. Il s'agit d'une commande politique, à articuler avec des projets futurs (appels à projet 2013).

Les réflexions qui ont été menées ont porté sur la construction en propre, combinée à une délégation de gestion : il ne s'agit pas de gérer en propre, mais de porter l'investissement. Pour cela, il est envisagé de mobiliser la SPLA créée pour les chantiers d'amélioration habitat (25 M EUR par an sur habitats individuels) et pour les constructions de casernes (service départemental d'incendie et de secours [SDIS]). Elle pourrait porter l'investissement EHPAD.

Cette réflexion, bien que de grand intérêt, n'a à ce jour pas été menée à son terme par le Conseil général.

¹⁰ On entend par « portage SPLA » une délégation de la construction et de la gestion à une société publique locale d'aménagement (ou une SPL *ad hoc*) dont la collectivité départementale serait l'actionnaire principal.

Les incertitudes liées au retrait des autres financeurs

Enfin, des incertitudes fortes existent pour l'AFD du fait de la réduction du nombre de financeurs et du désintéressement marqué des banques commerciales. Cette situation induit une augmentation de la part relative de l'AFD et questionne le bouclage des tours de table.

Recommandations opérationnelles :

- affiner les intentions de la BEI et les volumes potentiellement associés ;
- recueillir l'intention des grandes collectivités des DOM à participer à l'Agence de financement des collectivités locales ;
- analyser le rôle potentiel des fonds européens disponibles à Mayotte en 2014.

4.3. Des optimisations possibles

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 de la 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 de l'AFD.

Recommandations opérationnelles :

- 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 ;
- 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.

Sur le suivi du secteur et de la subsidiarité

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.

Recommandation opérationnelle :

- travailler avec les ARS (DOM) et les ministères (COM) pour obtenir la liste des emprunts contractés par les EPS, avec les taux et les prêteurs, comme cela existe pour les collectivités.

Des améliorations possibles pour améliorer la réactivité de l'AFD

Sur la phase de mobilisation :

- 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.

- 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'État 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.

De manière transversale : inscrire certains financements dans une logique d'accompagnement budgétaire pluriannuel de la section d'investissement.

Pour les hôpitaux de taille majeure (CHU), ayant des besoins d'investissement récurrents, l'approche pluriannuelle actuellement pratiquée pour les grandes collectivités serait un plus indéniable, d'autant que l'approche projet existe peu dans leur cas, comme l'ont démontré les études de cas.



Liste des sigles et abréviations

ADH	Association des directeurs d'hôpitaux
AFD	Agence Française de Développement
ANRU	Agence nationale pour la rénovation urbaine
APCP	Autorisation de programme et de crédit de paiement
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation (devenues ARS)
ARS	Agence régionale de santé
ASS	Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie
BEI	Banque européenne d'investissement
BPCE	Banque populaire et Caisse d'épargne
CAFAT	Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CIR	Cadre d'intervention régional
CIS	Cadre d'intervention sectoriel
COM	Collectivités d'Outre-mer
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DASS	Direction des Affaires sanitaires et sociales
DCOM	Départements et collectivités
DCOM	Départements et collectivités d'Outre-mer
DégéOM	Délégation générale à l'Outre-mer (MAE)
DOM	Départements d'Outre-mer
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
ESMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein

FAM	Foyer d'accueil médicalisé (pour personnes handicapées)
FCTVA	Fonds de compensation pour la TVA
FEDER	Fonds européen de développement régional
FER	Fiche d'évaluation des risques
GHSR	Groupe hospitalier Sud Réunion
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire (Loi)
IEDOM	Institut d'émission des départements d'Outre-mer
IEOM	Institut d'émission d'Outre-mer
INED	Institut national d'études démographiques
MAE	Ministère des Affaires étrangères
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
NPP	Notes de présentation du projet
OMR	Département Outre-mer (AFD)
Pb	Point de base
PCL	Prêt aux collectivités locales
PCM	Prêt aux conditions de marché
PG1	Premier guichet (devenu PCL)
PLS	Prêt logement social
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNC	Prêt non concessionnel
PO	Programme opérationnel (fonds européens)
POS	Plan d'orientation stratégique
PPP	Partenariat public-privé
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
PRE	Plan de retour à l'équilibre
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RBS	<i>Royal Bank of Scotland</i>
RPA	Résidence pour personnes âgées

SAN	Division Santé et protection sociale (AFD)
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SEM	Société d'économie mixte
SIC	Société immobilière de Nouvelle-Calédonie
SPL	Société publique locale
SPLA	Société publique locale d'aménagement
SROMS	Schéma d'organisation sociale et médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins de suite et réadaptation
TBFEPS	Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé
TSS	Taxe de solidarité sur les services
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UOSR	Union des œuvres sociales de La Réunion (Fondation)

Annexe

Sigles liés à l'organisation interne de l'AFD

La direction des Opérations (DOE) de l'AFD est organisée suivant une organisation matricielle comportant :

Un département des Appuis transversaux (DAT) ;

- division d'Appui environnemental et social (AES),
- division d'Appui au renforcement de capacités (ARC),
- division Changement climatique (CLI),

Cinq départements géographiques :

- département Afrique subsaharienne (AFR),
- département Méditerranée et Moyen-Orient (MED),
- département Amérique latine et Caraïbes (ALC),
- département Outre-mer (OMR),
- département Asie (ASI),

trois départements techniques :

- département du Développement humain (DDH) ;
 - division Education et formation professionnelle (EDU),
 - division Santé et protection sociale (SAN),
- département du Développement durable (DDD) ;
 - division Agriculture, développement rural et biodiversité (ARB),
 - division Eau et assainissement (EAA),
 - division Transports et énergie durables (TED),
- le département Entreprises, banques et collectivités (EBC).
 - division Collectivités locales et développement urbain (CLD),
 - division Institutions financières et appui au secteur privé (IFP),
 - division de l'Ingénierie financière (FIN),
 - division des Garanties (GAR).



Dernières publications de la série

Les numéros antérieurs sont consultables sur le site : <http://recherche.afd.fr>

Previous publications can be consulted online at: <http://recherche.afd.fr>

- N° 56 Évaluation des activités de Coordination SUD dans le cadre de la convention AFD/CSUD 2010-2012
- N° 55 Évaluation et impact du Programme d'appui à la résorption de l'habitat insalubre et des bidonvilles au Maroc
- N° 54 Refining AFD's Interventions in the Palestinian Territories – Increasing Resilience in Area C
- N° 53 Évaluation des lignes de crédit de l'Agence Française de Développement octroyées à la Banque ouest-africaine de développement (2000-2010)
- N° 52 Évaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé (Mali, Burkina Faso et Cambodge)
- N° 51 Secteur de l'hydraulique pastorale au Tchad – Évaluation et capitalisation de 20 ans d'intervention de l'AFD
- N° 50 Réhabilitation des marchés centraux – Les leçons tirées des projets de Ouagadougou, Mahajanga et Phnom Penh
- N° 49 Bilan des évaluations décentralisées réalisées par l'AFD en 2010 et 2011
- N° 48 Étude sur la facilité d'innovation sectorielle pour les ONG (FISONG)
- N° 47 Cartographie des prêts budgétaires climat de l'AFD
- N° 46 Méta-évaluation des projets « lignes de crédit »
- N° 45 Bilan des évaluations de projets réalisées par l'AFD entre 2007 et 2009
- N° 44 Impacts des projets menés dans le secteur de la pêche artisanale au Sénégal
- N° 43 L'assistance technique résidente – Enseignements tirés d'un appui au secteur de l'éducation en Mauritanie
- N° 42 Évaluation partenariale des projets d'appui à la gestion des parcs nationaux au Maroc
- N° 41 AFD Municipal Development Project in the Palestinian Territories
- N° 40 Évaluation ex post de 15 projets ONG à Madagascar
- N° 39 Analyse croisée de vingt-huit évaluations décentralisées sur le thème transversal du renforcement des capacités
- N° 38 Étude des interventions post-catastrophe de l'AFD
- N° 37 La coopération française dans le secteur forestier du Bassin du Congo sur la période 1990-2010
- N° 36 Suivi de la réalisation des objectifs des projets de l'AFD : état des lieux
- N° 35 Cartographie des engagements de l'AFD dans les fonds fiduciaires sur la période 2004-2010
- N° 34 Addressing Development Challenges in Emerging Asia: A Strategic Review of the AFD-ADB Partnership Final Report, Period covered: 1997-2009
- N° 33 Capitalisation des démarches pour la mise en œuvre des projets de formation professionnelle : cas de la Tunisie et du Maroc
- N° 32 Bilan de l'assistance technique à la Fédération des paysans du Fouta Djallon (FPFD) en Guinée : 15 ans d'accompagnement
- N° 31 Adapter les pratiques opérationnelles des bailleurs dans les États fragiles
- N° 30 Cartographie de portefeuille des projets biodiversité Analyse sur la période 1996-2008 Cartography of the AFD Biodiversity Project Portfolio: Analysis of the Period 1996-2008
- N° 29 Microfinance dans les États fragiles : quelques enseignements de l'expérience de l'AFD
- N° 28 Un exemple d'amélioration de la gouvernance locale à travers le partenariat AFD / coopération décentralisée : capitalisation du projet de réhabilitation des marchés de Mahajanga
- N° 27 Pratique de l'aide sectorielle : enseignements et perspectives pour l'AFD Sector Program Support in Practice: Lessons and Perspectives for AFD
- N° 26 L'appui à l'hévéaculture familiale : capitalisation sur l'expérience AFD Developing Smallholder Rubber Production : Lessons from AFD's Experience
- N° 25 Évaluation rétrospective du projet FFEM d'efficacité énergétique dans la construction en Afghanistan Ex-post Évaluation of the FGEF Energy Efficiency Project in the Construction Sector in Afghanistan
- N° 24 Évaluation des "Cadres d'Intervention Pays" (CIP)
- N° 23 Études d'évaluation de la société immobilière de Nouvelle-Calédonie
- N° 22 Les collaborations opérationnelles entre l'AFD et les ONG 2010 2010 Évaluation prospective • Projet Urban IV •
- N° 21 Cartographie des projets d'efficacité énergétiques et d'énergies renouvelables AFD et FFEM
- N° 20 Évaluation de l'usage de la concessionnalité dans les interventions de l'AFD en Afrique du Sud (1995/2005)