

N° 16

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 2 octobre 2013

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des finances (1) sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la **gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU) affecté aux soins**,*

Par M. Jean-Pierre CAFFET,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Marini, *président* ; M. François Marc, *rapporteur général* ; Mme Michèle André, *première vice-présidente* ; Mme Marie-France Beaufils, MM. Jean-Pierre Caffet, Yvon Collin, Jean-Claude Frécon, Mmes Fabienne Keller, Frédérique Espagnac, MM. Albéric de Montgolfier, Aymeri de Montesquiou, Roland du Luart, *vice-présidents* ; MM. Philippe Dallier, Jean Germain, Claude Haut, François Trucy, *secrétaires* ; MM. Philippe Adnot, Jean Arthuis, Claude Belot, Michel Berson, Éric Bocquet, Yannick Botrel, Joël Bourdin, Christian Bourquin, Serge Dassault, Vincent Delahaye, Francis Delattre, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Éric Doligé, Philippe Dominati, Jean-Paul Emorine, André Ferrand, François Fortassin, Thierry Foucaud, Yann Gaillard, Charles Guené, Edmond Hervé, Pierre Jarlier, Roger Karoutchi, Yves Krattinger, Dominique de Legge, Marc Massion, Gérard Miquel, Georges Patient, François Patriat, Jean-Vincent Placé, François Rebsamen, Jean-Marc Todeschini, Richard Yung.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL	9
SYNTHÈSE	
I. UNE QUESTION IMMOBILIÈRE QUI S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE FINANCIER TENDU	11
A. LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT IMMOBILIER HOSPITALIER ENTRE 2003 ET 2012	11
1. <i>La nécessaire modernisation du patrimoine immobilier des CHU</i>	11
2. <i>Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012</i>	11
B. LA FORTE MONTÉE DE L'ENDETTEMENT DES CHU	12
1. <i>Un recours massif à l'endettement en raison de plans mal encadrés</i>	12
2. <i>Une capacité des CHU à financer leurs investissements désormais limitée</i>	13
C. LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER	14
II. UN SUIVI DU PATRIMOINE IMMOBILIER DES CHU ET UNE AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE INSUFFISANTS	15
A. L'ABSENCE DE VISION CONSOLIDÉE DU PATRIMOINE IMMOBILIER AFFECTÉ AUX SOINS	15
1. <i>La fragmentation de l'information relative au patrimoine et aux coûts de l'immobilier</i>	15
2. <i>Les progrès attendus du nouvel outil OPHELIE</i>	16
B. DES GAINS D'EFFICIENCE NON EXPLOITÉS	18
1. <i>La nécessité de mieux intégrer les contraintes normatives</i>	18
2. <i>Une participation marginale de la politique immobilière à la reconfiguration de l'offre de soins</i>	18
III. L'ESQUISSE D'UNE POLITIQUE IMMOBILIÈRE HOSPITALIÈRE PLUS EFFICIENTE	20
A. INTÉGRER LA MAINTENANCE AU CŒUR DE LA STRATÉGIE IMMOBILIÈRE HOSPITALIÈRE	20
1. <i>La formalisation d'une stratégie immobilière : une étape indispensable</i>	20
2. <i>L'enjeu du développement d'une maintenance préventive</i>	21
B. DES IMPÉRATIFS DE PROFESSIONNALISATION ET D'EXPERTISE ACCRUS	22
1. <i>Poursuivre la professionnalisation des équipes des CHU</i>	22
2. <i>Conforter l'ANAP dans son rôle d'expertise et de conseil</i>	22

C. AFFIRMER LE PILOTAGE AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL	24
1. <i>L'amorce de définition d'une politique immobilière hospitalière au niveau national</i>	24
2. <i>Quels pouvoirs pour les agences régionales de santé ?</i>	25
D. DES RECOMMANDATIONS ANTÉRIEURES PARTIELLEMENT MISES EN OEUVRE	26
TRAVAUX DE LA COMMISSION - AUDITION POUR SUITE À DONNER	29
ANNEXE - COMMUNICATION DE LA COUR DES COMPTES À LA COMMISSION DES FINANCES DU SÉNAT	51

Mesdames, Messieurs,

En application des dispositions de l'article 58-2° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), votre commission des finances, par une lettre de son président Philippe Marini, en date du 21 novembre 2011, a demandé à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur le patrimoine immobilier hospitalier.

Compte tenu de l'ampleur du sujet, il a été convenu de séparer l'enquête en deux volets. Le premier volet portait sur le **patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins**. Celui-ci a été présenté le 18 janvier 2012 devant la commission des finances, lors d'une audition pour suite à donner¹.

En dépit des enjeux financiers et sociaux de la gestion du patrimoine privé des établissements de santé, ces travaux ont montré que la valorisation du patrimoine est longtemps restée une préoccupation secondaire et qu'elle demeure délicate à mettre en œuvre, en raison de contraintes lourdes. La Cour des comptes a ainsi préconisé de définir une politique nationale « explicite », reposant sur **un dispositif de pilotage à trois niveaux**, constitué du ministère en charge de la santé, des agences régionales de santé (ARS) et de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Le présent rapport retrace les conclusions du second volet de l'enquête, portant sur la « **gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU) affecté aux soins** ». Par opposition au patrimoine non affecté aux soins, le patrimoine affecté aux soins désigne les biens du domaine public hospitalier, dont la destination principale est la délivrance de soins. L'enquête de la Cour des comptes se concentre plus particulièrement sur le patrimoine immobilier affecté aux soins des centres hospitaliers universitaires (CHU). Au nombre de trente², les **CHU** sont des hôpitaux publics qui se caractérisent par :

- leur **triple mission de soins, d'enseignement et de recherche** ;
- leur **activité centrée sur la médecine, la chirurgie et l'obstétrique** (MCO), pour lesquels ils disposent de 36 % des lits ;

¹ Cf. *Rapport d'information n° 270 (2011-2012) sur le patrimoine immobilier privé des établissements de santé* fait par Jean-Pierre Caffet au nom de la commission des finances du Sénat.

² Auxquels sont généralement rattachés les deux centres hospitaliers régionaux d'Orléans et de Metz-Thionville.

- leur **poids dans l'activité hospitalière**. Ils représentent environ 21 % de l'activité hospitalière et 41,5 % des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie.

Les capacités et les activités de soins et de recherche sont très variables d'un CHU à l'autre. La Cour des comptes a retenu pour son étude un **échantillon représentatif** de cette diversité, en sélectionnant sept CHU : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL), l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et les CHU de Nantes, Toulouse, Tours et Besançon.

Selon l'usage, les travaux de la Cour des comptes ont donné lieu, le 2 octobre 2013, à **une audition pour suite à donner** mettant en présence les magistrats chargés de l'enquête, ainsi que :

- le **ministère des affaires sociales et de la santé**, représenté par Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins ;

- **l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé** (ANAP), représentée par Christian Anastasy, directeur général de l'agence ;

- la **conférence des directeurs généraux de CHU**, représentée par son président, Philippe Domy.

Constatant les **limites des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012**, la Cour des comptes a présenté différentes **recommandations** afin d'améliorer l'efficacité de la gestion du patrimoine immobilier des CHU. Ces dernières rejoignent en grande partie les préconisations formulées dans le cadre de l'enquête sur le patrimoine hospitalier non affecté aux soins : la professionnalisation des équipes hospitalières et le niveau d'expertise des agences régionales de santé (ARS) doivent être renforcés tandis que le rôle des tutelles nationale et régionale doit être affirmé.

Votre commission des finances partage le point de vue selon lequel le pilotage de l'investissement immobilier hospitalier doit être amélioré. Lors de l'audition pour suite à donner, la question de l'articulation entre la politique immobilière de chaque établissement et la politique sanitaire définie aux niveaux régional et national a suscité des échanges nourris. Dans un contexte d'évolution rapide des techniques et des modes de prise en charge, il est crucial de définir des stratégies immobilières cohérentes avec la politique nationale d'offre de soins.

Enfin, comme le rappelait le président de la sixième chambre de la Cour des comptes lors de l'audition, le présent rapport est présenté à **un moment charnière** : une relance de l'investissement hospitalier a été annoncée par le Premier ministre et une nouvelle stratégie nationale de santé a été présentée par la ministre des affaires sociales et de la santé le 23 septembre 2013. Le moment est donc particulièrement propice à un bilan des expériences passées afin de renforcer l'efficacité des futurs investissements immobiliers des établissements de santé.

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL

Votre rapporteur spécial regrette n'avoir pu disposer d'un panorama consolidé du patrimoine immobilier affecté aux soins des établissements publics de santé. Il s'agit d'un obstacle persistant à la définition d'une véritable politique immobilière hospitalière au niveau national. Parmi les recommandations présentées par la Cour des comptes, votre rapporteur spécial souligne donc **l'importance de mettre rapidement en œuvre les mesures suivantes** :

- **associer l'ensemble des CHU au projet OPHELIE**, outil national d'inventaire du patrimoine, afin de lever les éventuels obstacles à son déploiement (recommandation n° 2) ;

- **rendre obligatoire, pour les CHU, la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur hospitalier** (recommandation n° 8).

Votre rapporteur spécial salue la mise en place de **nouveaux outils de pilotage**, tels que les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) et le comité de performance et de modernisation des soins (COPERMO), afin de **mettre en cohérence politique immobilière et politique de l'offre de soins**.

Enfin, les conclusions de l'enquête de la Cour des comptes confirment la **nécessité de rompre avec la logique de plan d'investissement immobilier pluriannuel**. A cet égard, votre rapporteur spécial se félicite de la nouvelle approche retenue par le Gouvernement : un effort régulier d'investissement permettra de soutenir la modernisation continue des établissements publics de santé, tout en renforçant les conditions de leur soutenabilité.

SYNTHÈSE

I. UNE QUESTION IMMOBILIÈRE QUI S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE FINANCIER TENDU

A. LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT IMMOBILIER HOSPITALIER ENTRE 2003 ET 2012

1. La nécessaire modernisation du patrimoine immobilier des CHU

Selon les données du ministère de la santé, le patrimoine immobilier affecté aux soins des CHU représente **13,3 millions de m² de surface construite**, sur un total de 60 millions de m² pour l'ensemble des établissements publics de santé.

La Cour des comptes souligne les **besoins importants des CHU en matière de rénovation de leurs locaux**. Près de la moitié des CHU possèdent des bâtiments classés monuments historiques ou inscrits à l'inventaire supplémentaire. Ils se trouvent ainsi plus particulièrement confrontés au défi de mise à niveau de ce patrimoine ancien. En 2001, un état des lieux réalisé par la conférence des présidents de CHU, portant sur vingt-deux centres, faisait état de taux de vétusté et d'obsolescence élevés : 30 % du patrimoine immobilier pouvait être caractérisé comme vétuste et 9 % des locaux obsolescents.

2. Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012

a) Des objectifs de modernisation de l'offre de soins hospitalière

Le mauvais état d'une partie de leur parc immobilier explique la large participation des CHU aux deux plans successifs de relance de l'investissement hospitalier.

Le **plan Hôpital 2007** visait à moderniser l'offre de soins et le patrimoine hospitalier public et privé. **Estimé à 10 milliards d'euros** d'investissement et subventionné par l'Etat à hauteur de 6 milliards d'euros, il a été engagé en 2003 afin de relancer l'investissement hospitalier. La mise en œuvre du plan Hôpital 2007 s'est toutefois écartée des prévisions initiales : **le montant total d'investissement a finalement atteint 16,8 milliards d'euros** en raison du nombre plus important que prévu d'opérations effectivement lancées, pour des montants supérieurs à ce qui avait été envisagé.

Lancé en 2008, le **plan Hôpital 2012** avait pour objet de maintenir un niveau d'investissement équivalent à celui du plan précédent. Le plan visait

ainsi **un effort d'investissement de 10 milliards d'euros sur la période 2008-2012**, dont 5 milliards d'euros d'aides de l'assurance maladie. Selon le bilan de mise en œuvre de la première tranche du plan, les investissements immobiliers ont représenté 85 % du montant des investissements validés. Le taux d'aide moyen pour ces opérations immobilières est de 48 %.

b) Le doublement des dépenses d'investissement des CHU

Sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les dépenses d'investissement des CHU ont fortement progressé. Si l'on considère la **période 2003-2011**, les **dépenses d'investissement des CHU** ont plus que doublé pour s'élever **au total à 18 milliards d'euros**. Depuis 2008 – date à partir de laquelle les dépenses d'investissement strictement immobilières peuvent être isolées – les dépenses immobilières représentent environ 55 % de l'ensemble des dépenses d'investissement.

Les travaux de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹ mettent en évidence le rôle déterminant des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 dans le surcroît d'investissement enregistré entre 2003 et 2011. **Les investissements immobiliers lourds y tiennent une place prépondérante** : pour l'ensemble des établissements de santé, ceux-ci sont passés de 1,4 milliard d'euros en 2002 à plus de 4,2 milliards d'euros en 2009.

B. LA FORTE MONTÉE DE L'ENDETTEMENT DES CHU

1. Un recours massif à l'endettement en raison de plans mal encadrés

Le mauvais calibrage du nombre et des montants des opérations financées dans le cadre du plan Hôpital 2007 a entraîné un recours accru à l'emprunt par les établissements publics de santé.

La dette des hôpitaux publics a triplé en moins de dix ans, pour s'établir à **28,1 milliards d'euros en 2012**. Les **CHU** comptent parmi les établissements qui ont le plus largement recouru à l'emprunt : leur dette représente **37 % de la dette hospitalière totale, soit 10,5 milliards d'euros cumulés en 2012**. L'encours de leur dette a ainsi augmenté de 250 % durant les dix dernières années, contre 171 % pour l'ensemble des établissements publics de santé.

La Cour des comptes souligne dans son enquête le caractère « *préoccupant* » de la montée de l'endettement hospitalier, et ce d'autant plus que **les intérêts d'emprunt représentent une charge de plus en plus lourde**

¹ IGAS et IGF, « *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier* », mars 2013.

pour les CHU. Ces derniers se sont élevés à 327 millions d'euros en 2012, soit une progression de 46 % entre 2009 et 2012.

2. Une capacité des CHU à financer leurs investissements désormais limitée

a) La dégradation de la capacité d'autofinancement des CHU

Même si elle s'est améliorée au cours de l'exercice 2012, la situation financière des CHU demeure dans l'ensemble dégradée. **Leur déficit s'est élevé à 321 millions d'euros en 2011.** Selon les résultats provisoires, les comptes des CHU devraient renouer avec l'équilibre en 2012, pour atteindre un résultat global de + 26 millions d'euros.

L'IGF et l'IGAS estiment que la capacité future des établissements publics de santé à investir se reconstitue même si elle reste très insuffisante pour garantir l'investissement courant. La mission conclue que : « *la phase d'investissement massif a laissé, globalement, les établissements dans une situation d'endettement élevé, mais pas dans une situation structurellement déséquilibrée* »¹.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013, la Cour des comptes souligne « *les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics* »². Ce rétablissement serait en effet principalement imputable à des recettes exceptionnelles (cessions d'actifs, aides d'urgence aux hôpitaux les plus fragiles) et à des ajustements comptables³. Les charges hospitalières continuent quant à elles de progresser, selon un rythme de + 4,2 % enregistré en 2011.

b) La saturation du recours à l'emprunt

L'écart entre un haut niveau d'investissement et une faible capacité d'autofinancement ne peut plus être comblé par le recours à l'emprunt bancaire, en raison :

- des **niveaux d'endettement élevés de la plupart des CHU.** La mission IGF-IGAS a relevé que neuf CHU (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Dijon, Amiens, Nancy, Metz, Clermont-Ferrand, les Hospices

¹ IGAS et IGF, « *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier* », mars 2013.

² Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013.

³ La circulaire du 6 juillet 2012 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2012 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale demande notamment aux établissements d'enregistrer au compte d'exploitation et non au bilan les aides exceptionnelles accordées en cas de difficultés de trésorerie.

civils de Lyon, La Réunion, Fort-de-France) détenaient une dette non soutenable¹ en 2011 ;

- de la **dégradation des conditions d'accès au crédit bancaire**, dans le contexte de l'adaptation des établissements bancaires aux nouvelles normes prudentielles dites « Bâle III » et du démantèlement de Dexia Crédit Local, qui représentait environ 40 % des financements du secteur hospitalier public.

c) Le gel de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012

Enfin, les subventions publiques en faveur de l'investissement immobilier hospitalier ont été moins importantes ces dernières années. Si la première tranche du plan Hôpital 2012 a bien donné lieu au versement de 2,2 milliards d'euros d'aides – pour un investissement total de 5,6 milliards d'euros – **les décisions concernant la deuxième tranche du plan ont été suspendues**. Le gel de ces financements a été confirmé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012², qui a réduit la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

C. LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a présenté le 4 mars 2013 un « **pacte de confiance pour l'hôpital** », à la suite de la publication du rapport d'Edouard Couty³. L'une des mesures de ce pacte concerne l'investissement hospitalier. Selon la ministre, **45 milliards d'euros devraient être investis dans les hôpitaux publics d'ici les dix prochaines années**, dans le cadre de nouveaux schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS).

Lors de la présentation du plan « Investir pour la France », le Premier ministre a confirmé, le 9 juillet 2013, l'objectif d'un effort d'investissement de 4,5 milliards d'euros par an pour la modernisation des hôpitaux.

Votre rapporteur spécial, et rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale, **sera particulièrement attentif à la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie d'investissement**. Il convient de tirer les leçons des plans précédents afin de faire évoluer notre conception de l'investissement hospitalier. Dans cette perspective, la présente enquête de la Cour des comptes s'avère particulièrement utile ; elle met en évidence les

¹ Le caractère soutenable de l'endettement est calculé par la mission à partir du taux de marge brute non aidée de l'établissement, du taux d'intérêt de l'emprunt et de sa durée.

² Article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011.

³ Travaux élaborés sous la présidence d'Edouard Couty, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », mars 2013.

gains d'efficience potentiels - jusqu'ici très peu exploités - des investissements immobiliers hospitaliers.

II. UN SUIVI DU PATRIMOINE IMMOBILIER DES CHU ET UNE AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE INSUFFISANTS

Au terme de l'examen approfondi de sept CHU, la Cour des comptes dresse deux principaux constats :

- d'une part, **le suivi du patrimoine affecté aux soins est insuffisant** tant au niveau régional qu'au niveau national ;

- d'autre part, **l'effort accru d'investissement**, ces dix dernières années, **ne s'est pas accompagné d'une réelle dynamique d'efficience**.

A. L'ABSENCE DE VISION CONSOLIDÉE DU PATRIMOINE IMMOBILIER AFFECTÉ AUX SOINS

1. La fragmentation de l'information relative au patrimoine et aux coûts de l'immobilier

a) *Une connaissance du parc immobilier affecté aux soins insuffisante au niveau national*

L'un des principaux motifs de votre commission des finances pour demander la présente enquête à la Cour des comptes était de disposer d'un état des lieux du patrimoine immobilier hospitalier. Faute d'un cadre commun permettant d'agréger l'ensemble des données des CHU, il n'a toutefois pas été possible de dresser un tel état des lieux.

La Cour des comptes relève toutefois que **le recensement physique du patrimoine immobilier par chaque CHU est globalement satisfaisant**. Ceux-ci disposent d'outils informatiques spécifiques, y compris d'outils d'aide à la gestion technique permettant d'améliorer la connaissance de l'état du parc et de superviser l'ensemble des équipements.

Cependant, **la Cour réitère le constat dressé lors de la précédente enquête sur le patrimoine non affecté aux soins** : « *le ministère de la santé ne dispose pas d'outils suffisants de connaissance et de suivi du patrimoine hospitalier pour lui permettre de définir et de mettre en œuvre avec toute la rigueur souhaitable une politique active en ce domaine* ».

b) *Une approche en « coût global » trop souvent négligée*

S'agissant des coûts de l'immobilier hospitalier affecté aux soins, leur connaissance demeure parcellaire. Les travaux de la Cour des comptes font état d'un suivi relativement complet des coûts d'exploitation et de maintenance. Néanmoins, comme dans le cas du recensement du patrimoine

physique, les données recueillies ne sont pas toujours comparables en raison de comptabilisations différentes.

De surcroît, la Cour des comptes relève que « *lors du lancement d'une opération d'investissement, les CHU raisonnent rarement en coût global* », ce qui conduit à **négliger les coûts d'exploitation et de maintenance des investissements réalisés**. Selon une étude de la mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques, le coût d'investissement d'une opération immobilière du secteur tertiaire ne représenterait que 25 % du coût global, le reste correspondant à la dépense s'effectuant tout au long du cycle de vie du bâtiment¹.

2. Les progrès attendus du nouvel outil OPHELIE

a) *La préparation de la certification des comptes des CHU*

Dans le cadre de la préparation de la certification des comptes des établissements publics de santé, prévue par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)², à compter de l'exercice 2014, la fiabilisation des données comptables relatives au patrimoine hospitalier est nécessaire.

C'est notamment pour cette raison que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a entrepris de mettre en place un outil spécifique d'inventaire du patrimoine immobilier hospitalier, affecté aux soins ou non, baptisé OPHELIE.

Pour les comptes de l'exercice 2014, seuls trente-et-un établissements seront concernés par l'obligation de certification³ ; en 2015 et 2016 tous les établissements dont les recettes dépassent 100 millions d'euros s'engageront progressivement dans la démarche de certification⁴.

b) *Le développement d'un outil d'inventaire et de gestion immobilière (OPHELIE)*

Créé par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), sur le fondement d'un référentiel de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), l'outil informatique OPHELIE représente une source de progrès potentiels importante. Il devrait permettre de **disposer d'une vision globale, aux niveaux régional et national, de la surface du patrimoine immobilier hospitalier et de son état**.

¹ Mission interministérielle de qualité des constructions publiques (MIQCP), « *Ouvrages publics et coût global* », janvier 2006.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ Cf. arrêté du 23 décembre 2013 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes pour les comptes de l'exercice 2014.

⁴ Cf. décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes.

En outre, la DGOS souhaite faire d'OPHELIE **un instrument de pilotage du patrimoine immobilier au niveau de chaque établissement**. Recensant soixante indicateurs de performance dans cinq domaines (maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine, maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques, adéquation fonctionnelle des locaux, performance environnementale et management de la fonction immobilière), l'outil doit permettre de renforcer les compétences de gestion des acteurs et de réaliser des comparaisons entre établissements afin de mieux maîtriser les coûts.

Après une phase de test dans les hôpitaux de Franche-Comté et des Pays-de-la-Loire, OPHELIE devrait être déployé au niveau national selon trois phases successives en 2014.

c) Un outil trop ambitieux ?

La Cour des comptes apparaît sceptique vis-à-vis du projet OPHELIE, qu'elle juge trop ambitieux. Elle relève notamment que « *les CHU de l'enquête ont indiqué ne pas être informés de l'existence de cet outil et de son déploiement à venir* » et ajoute que « *les prérequis nécessaires à la mise en place d'OPHELIE ont probablement été mal évalués* ».

Dans le cadre du premier volet de l'enquête relatif au patrimoine immobilier non affecté aux soins, **votre rapporteur spécial s'était déjà interrogé sur le risque d'avoir procédé à la seconde étape** (la mise en place d'un instrument de gestion immobilière) **avant la première étape**, qui correspondait à la réalisation d'un simple inventaire préalable.

Compte tenu de l'enjeu important que représente cet outil pour une meilleure gestion du patrimoine immobilier hospitalier, **votre rapporteur spécial ne peut que se joindre à la recommandation de la Cour des comptes d'« associer rapidement l'ensemble des CHU au projet OPHELIE afin de lever les éventuels obstacles à son déploiement »**.

De plus, **votre rapporteur spécial souligne à nouveau la nécessité de disposer au plus vite d'un état des lieux complet, au niveau national, du patrimoine immobilier affecté aux soins**. L'outil OPHELIE ne doit pas perdre de vue ce prérequis indispensable à l'amélioration de la gestion du patrimoine immobilier hospitalier.

B. DES GAINS D'EFFICIENCE NON EXPLOITÉS

1. La nécessité de mieux intégrer les contraintes normatives

a) Le « poids » croissant des normes

A l'instar des collectivités territoriales, les établissements publics de santé doivent se conformer à des obligations normatives croissantes. Ces obligations regroupent à la fois des normes générales, telles que les normes de sécurité-incendie ou les normes énergétiques issues du Grenelle de l'environnement, ainsi que des normes spécifiques aux activités médico-chirurgicales accueillies dans les bâtiments hospitaliers.

La Cour des comptes souligne le « *défi technique, organisationnel et surtout financier* » **que représente la mise en conformité pour les CHU**. De plus, certaines normes générales peuvent parfois entrer en conflit avec des normes spécifiques au milieu hospitalier.

b) Des conséquences organisationnelles et financières mal prises en compte

L'impact organisationnel et financier des différentes contraintes normatives n'est pas suffisamment pris en compte par les CHU. Au regard de l'ampleur des travaux que les mises aux normes nécessitent, il apparaît indispensable de mieux anticiper ce type de travaux et de les intégrer dans les schémas directeurs immobiliers des établissements.

L'absence de prise en compte, en amont, des contraintes normatives aboutit à l'absence d'évaluation de l'incidence financière des mises aux normes. Les seules données disponibles relatives au coût de mise aux normes au niveau national concernent les mises aux normes exceptionnelles liées à l'amiante, qui se sont élevés à 1 350 millions d'euros pour les CHU de Clermont-Ferrand, Caen, Fort-de-France et Pointe-à-Pitre.

Votre rapporteur spécial se joint ici à la Cour des comptes pour recommander l'intégration, dans les schémas directeurs immobiliers des CHU, des opérations de mise en conformité.

2. Une participation marginale de la politique immobilière à la reconfiguration de l'offre de soins

a) L'efficacité, une préoccupation secondaire des investissements immobiliers hospitaliers

L'édition 2012 du panorama des établissements de santé, réalisé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹, souligne l'amélioration de l'efficacité des établissements publics

¹ DREES, *Panorama des établissements de santé, édition 2012*.

de santé entre 2003 et 2009, notamment sous l'effet de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).

Cependant, la Cour des comptes déplore le fait que les investissements immobiliers conséquents réalisés dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 n'aient pas suffisamment recherché une meilleure efficacité dans l'organisation des soins.

La Cour des comptes insiste en particulier sur la nécessité de passer **d'une gestion purement technique à une gestion médico-économique**, consistant à prendre en compte le rapport coût-efficacité de l'organisation des soins ainsi que son impact budgétaire.

b) La progression des surfaces et des capacités d'hospitalisation

Les investissements immobiliers réalisés dans les CHU ces dernières années ont pour la plupart conduit à **une augmentation des surfaces (+ 33 % en moyenne entre 2001 et 2012) et de l'offre globale d'hospitalisation**. L'exemple du CHR d'Orléans est éloquent : la construction du nouvel hôpital, devant regrouper les services déjà situés sur le site et ceux installés en centre-ville, a entraîné une hausse de près d'un tiers des surfaces.

La Cour des comptes identifie trois principaux facteurs expliquant cette situation :

- dans de nombreux CHU, le **souci d'améliorer le confort hôtelier des patients** s'est généralement traduit par une augmentation des surfaces plutôt que par une réduction du nombre de lits ;

- **l'hospitalisation ambulatoire**, qui recouvre l'hospitalisation de moins de douze heures sans hébergement de nuit, **est relativement peu pratiquée dans les CHU (22 % de leur activité)** contrairement au secteur privé (70 %). Un objectif de la moitié des gestes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire d'ici 2016 a pourtant été fixé par le ministère chargé de la santé ;

- **les rationalisations de l'implantation immobilière**, conformément au principe de pôles d'activités, créés par la loi HPST, **sont encore limitées**. La réorganisation des activités médico-techniques selon une logique de regroupement en plateaux pluridisciplinaires implique des réaménagements immobiliers lourds et coûteux, qui freinent leur mise en œuvre. La Cour des comptes a même observé, dans certains CHU, une augmentation du nombre de blocs opératoires. S'agissant des **fonctions logistiques**, traditionnellement éclatées, les expériences de mutualisation sont encore rares. Il convient toutefois de noter la mise en service par l'AP-HM en avril 2013 d'une plate-forme regroupant la majorité de ses fonctions logistiques (fournitures et consommables, restauration, blanchisserie et stérilisation).

Face à ces constats, la Cour des comptes recommande de « *conditionner strictement les aides à l'investissement hospitalier à des diminutions de capacité, à des réductions de surface et à des gains de productivité précisément documentés* ».

Cette recommandation est cohérente avec les objectifs de développement de la médecine ambulatoire et de diminution de la durée des séjours hospitaliers. Toutefois, **votre rapporteur spécial estime qu'un tel principe de réduction des surfaces et de diminution des capacités ne peut être appliqué de façon systématique**. Une appréciation au cas par cas, projet par projet demeure préférable.

III. L'ESQUISSE D'UNE POLITIQUE IMMOBILIÈRE HOSPITALIÈRE PLUS EFFICIENTE

Partant du constat selon lequel, ces dernières années, la gestion immobilière des CHU a été principalement guidée par « *une approche opportuniste en fonction des financements disponibles ou par les obligations de mise en conformité* », la Cour des comptes formule un ensemble de préconisations visant à renforcer l'efficacité de la gestion du patrimoine immobilier affecté aux soins.

A. INTÉGRER LA MAINTENANCE AU CŒUR DE LA STRATÉGIE IMMOBILIÈRE HOSPITALIÈRE

1. La formalisation d'une stratégie immobilière : une étape indispensable

La loi HPST a défini une nouvelle architecture de planification et de programmation médico-sociale. Ainsi, les établissements de santé doivent en principe inscrire leur stratégie immobilière dans le cadre :

- du **projet régional de santé**, définissant la politique de santé publique menée par l'agence régionale de santé (ARS) ;
- du **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens** (CPOM), signé entre chaque CHU et l'ARS dont il dépend, qui fixe les orientations du **projet d'établissement** définissant la politique générale de l'établissement pour une durée maximale de cinq ans.

L'intégration au sein du projet d'établissement d'un « volet immobilier » ou l'élaboration d'un document stratégique spécifique à la politique immobilière demeurent néanmoins une simple faculté. Dans le cadre de la présente enquête, la Cour des comptes constate que les projets d'établissement des CHU examinés consacrent une part très variable à la question immobilière. De plus, **tous les CHU ne disposent pas de schéma ou de plan directeur immobilier**.

Dans le premier volet de l'enquête relative au patrimoine immobilier privé des établissements de santé, la Cour des comptes avait déjà recommandé de **rendre obligatoire la rédaction d'une annexe portant schéma directeur hospitalier au CPOM. Votre rapporteur spécial déplore que cette recommandation n'ait pas été suivie d'effet**, et ce d'autant plus que la nécessité d'annexer au CPOM un document de stratégie immobilière a été réitérée par l'IGAS et l'IGF en mars 2013¹.

Le ministère des affaires sociales et de la santé a indiqué à votre rapporteur spécial que rendre obligatoire la rédaction de tels documents ne serait pas pertinent pour tous les établissements et aurait peu de chances de produire les effets escomptés. En outre, le ministère compte sur les futurs schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) pour atteindre l'objectif d'une prise en compte systématique des enjeux liés au patrimoine immobilier.

2. L'enjeu du développement d'une maintenance préventive

Dans le cadre de la présente enquête, la Cour des comptes a relevé plusieurs insuffisances en matière de maintenance des équipements et des bâtiments existants des CHU :

- la problématique de **la maintenance est rarement intégrée dès la phase de conception** du projet immobilier ;

- le recours à **la gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO)** - qui permet d'améliorer la fiabilité et la disponibilité des équipements, la planification des interventions ou de mieux contrôler l'activité des prestataires externes - n'est pas généralisé dans tous les CHU ;

- **la maintenance est trop souvent corrective**, c'est-à-dire effectuée après détection d'une panne, **et pas assez préventive**. La maintenance préventive, exécutée à des intervalles prédéterminés ou selon des critères prédéfinis permet en effet de réduire la probabilité de défaillance d'un bien.

Pour la Cour des comptes, le contexte actuel exige de **faire de la maintenance une priorité de la politique immobilière des CHU** : « *eu égard à la situation financière de l'assurance maladie et des CHU, l'enjeu majeur des prochaines années est d'abord d'assurer la durabilité du patrimoine rénové ou reconstruit par une attention soutenue à sa maintenance et son entretien* ».

La **question de l'internalisation ou de l'externalisation de la maintenance** est donc amenée à prendre une importance croissante. S'il n'existe pas de règle en la matière, la Cour des comptes estime qu'environ deux tiers des tâches de maintenance des CHU sont réalisées en interne et un

¹ IGAS et IGF, « *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier* », mars 2013. Recommandation n° 16.

tiers en externe. Les missions des équipes de maintenance tendent ainsi à évoluer vers la supervision et le contrôle de l'exécution.

B. DES IMPÉRATIFS DE PROFESSIONNALISATION ET D'EXPERTISE ACCRUS

1. Poursuivre la professionnalisation des équipes des CHU

En raison de la technicité importante de certaines opérations immobilières, la Cour des comptes considère que les CHU doivent **disposer, en interne, d'une capacité d'expertise forte**. Elle insiste en particulier sur le **renforcement des compétences en matière de maîtrise d'ouvrage**. Si dans la majorité des cas les CHU ont recours à une assistance externe, il importe aux équipes des CHU de disposer des compétences pour comprendre les propositions du prestataire et suivre sa mission.

S'agissant du mode d'organisation à privilégier pour renforcer l'efficacité de la politique immobilière, la Cour des comptes préconise d'**articuler étroitement la fonction de gestion du patrimoine immobilier avec les directions stratégiques** (direction des finances, direction juridique, direction médicale). Elle mentionne notamment l'exemple de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a fusionné les directions en charge des finances, de l'investissement et du patrimoine.

2. Conforter l'ANAP dans son rôle d'expertise et de conseil

a) Les compétences de l'ANAP en matière de gestion et d'investissement immobiliers

Créée par la loi HPST, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant **des recommandations et des outils leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance**, afin de maîtriser leurs dépenses.

Selon l'IGAS et l'IGF, « l'ANAP est la seule entité nationale crédible en termes de compétences sur l'ingénierie et l'immobilier »¹. En matière d'immobilier, l'ANAP a notamment réalisé un référentiel de dimensionnement des opérations immobilières et finalise un nouvel outil : **l'observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé (OSCIMES)**.

¹ IGAS et IGF, « Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier », mars 2013.

Issu de la fusion de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière créé en 2004 et de la base de données inter-CHU, l'outil d'aide à la décision OSCIMES a pour objectifs :

- d'améliorer la vision de l'impact économique et financier des décisions d'investissement immobilier ;
- d'obtenir des indicateurs de surface (par exemple, sur le nombre de m² par lit d'hospitalisation) et des estimations de coûts de construction.

La Cour des comptes s'est étonnée de l'accès « *anormalement restrictif* » à ce nouvel outil, limité aux établissements de santé ayant alimenté la base de données. Elle recommande ainsi de **conférer un accès libre pour le ministère de la santé et les agences régionales de santé. A la suite des critiques de la Cour des comptes, votre rapporteur spécial note avec satisfaction l'engagement de l'ANAP à élargir l'accès à l'outil OSCIMES.**

b) Des fonctions d'expertise et de conseil à renforcer

Outre la production d'outils et de référentiels, l'ANAP a vocation à intervenir de manière ponctuelle, auprès des établissements de santé qui en font la demande. A titre d'exemple, l'ANAP participe à une mission d'appui à la reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre.

En pratique, compte tenu des faibles moyens humains (quatre personnes) dévolus aux questions immobilières, **l'ANAP ne peut répondre à toutes les demandes d'appui des établissements de santé.** De plus, la Cour des comptes relève que la faiblesse des moyens de l'agence se traduit par la **mise à disposition tardive de certains outils.**

Votre rapporteur spécial note avec intérêt les suggestions de la mission IGAS-IGF¹ en vue de renforcer les fonctions de conseil et d'expertise de l'ANAP. Le rapport recommande notamment :

- la constitution d'**un pool de cinq à six ingénieurs hospitaliers, référents interrégionaux**, qui effectueraient une vacation par semaine auprès de l'ANAP et pourraient être saisis par les établissements de santé et les ARS sur des projets d'investissement en phase d'étude ;
- le recrutement de deux équivalents temps plein (ETP) compétents techniquement sur les sujets immobiliers et ingénierie, par redéploiement de postes entre les différentes missions de l'agence.

¹ IGAS et IGF, « *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier* », mars 2013. Recommandations n° 22 et n° 23.

C. AFFIRMER LE PILOTAGE AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL

1. L'amorce de définition d'une politique immobilière hospitalière au niveau national

a) Les récentes mesures d'encadrement des investissements hospitaliers

Dans le contexte de dégradation de la situation financière des établissements publics de santé, la Cour des comptes note une volonté récente de superviser leurs projets immobiliers au niveau national. Celle-ci s'est principalement traduite par l'adoption des mesures suivantes :

- **l'encadrement du recours à l'emprunt des établissements publics de santé.** Le décret du 14 décembre 2011¹ fixe notamment le type d'emprunts accessibles aux hôpitaux publics et prévoit une procédure d'autorisation préalable par le directeur général de l'ARS pour les établissements dont les indicateurs financiers sont dégradés. Sur les trente-deux CHU, seize étaient assujettis à cette autorisation préalable en 2012 ;

- la soumission des hôpitaux publics à la **procédure d'évaluation des investissements par le commissariat général à l'investissement (CGI)** pour les projets d'un montant supérieur à 50 millions d'euros. Sur le fondement de la contre-expertise réalisée, le CGI émettra un avis sur chaque dossier qui fera ensuite l'objet d'un arbitrage par le ministre ou le Premier ministre ;

- l'examen par le **Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO)**, créé en décembre 2012, des projets d'investissement hospitalier d'un montant supérieur à 50 millions d'euros. Le COPERMO devra ainsi jouer le rôle de « filtre » des dossiers transmis pour contre-expertise au CGI. La Cour des comptes met en garde contre le risque que le COPERMO soit réduit à « une chambre d'enregistrement », qui paralyserait le CGI par un trop grand nombre d'opérations à examiner.

b) L'élaboration de schémas régionaux d'investissement en santé

Issue du rapport d'Edouard Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital², la mise en place de schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) a pour objectif de **garantir la mise en cohérence de l'ensemble des investissements à l'échelle d'un territoire** et entend ainsi rompre avec l'approche projet par projet prévalant jusqu'alors.

Selon la circulaire du 28 mai 2013 du ministère des affaires sociales et de la santé, l'élaboration des schémas régionaux d'investissement en santé est prévue en deux temps. Les ARS doivent :

¹ Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

² Edouard Couty, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », mars 2013.

- avoir identifié, avant le 15 juillet 2013, les priorités d'investissement à horizon de dix ans, sur la base d'un diagnostic préalable des projets conduits ces dix dernières années ;

- bâtir un schéma stratégique et prospectif comportant quatre volets : un inventaire du patrimoine existant, une analyse stratégique des besoins d'investissement, une cartographie de l'ensemble des projets programmés sur les champs sanitaire et médico-social et une étude d'impact financier global contenant notamment une analyse de la soutenabilité financière des *scenarii* d'investissement.

Le calendrier d'élaboration des schémas apparaît « peu réaliste » pour la Cour des comptes. Cette dernière craint en effet que « ce travail précipité n'aboutisse, encore une fois, à présenter des dossiers déjà constitués en attente de financement, dont l'instruction n'aura répondu à aucune des exigences nouvelles par ailleurs définies ». De plus, **il conviendrait que le schéma régional d'investissement en santé ait un caractère opposable.**

Selon les informations transmises par le ministère des affaires sociales et de la santé à votre rapporteur spécial, les ARS ont transmis à temps les documents relatifs à leurs priorités d'investissement dans les dix ans à venir ; la direction générale de l'offre de soins (DGOS) procède actuellement à la synthèse de ces informations.

2. Quels pouvoirs pour les agences régionales de santé ?

Comme dans l'enquête relative au patrimoine des établissements de santé non affecté aux soins, la Cour des comptes recommande de **renforcer le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans le pilotage de la politique immobilière hospitalière.** Cette préconisation rejoint l'analyse de l'IGAS et de l'IGF selon laquelle « l'ARS doit assurer la cohérence entre la vision microéconomique des projets d'investissement et la régulation territoriale »¹.

Désormais chargées de l'élaboration des schémas régionaux d'investissement en santé, de l'instruction des dossiers d'investissement hospitalier d'un montant inférieur à 50 millions d'euros ainsi que de la validation des évaluations socio-économiques des projets transmis au COPERMO, **le rôle des ARS dans le pilotage de l'investissement immobilier hospitalier sera « décisif »** selon les termes de la Cour des comptes. Celle-ci souligne, qu'en principe, « un dossier non conforme au projet régional de santé ne devrait pas pouvoir être validé par les ARS et transmis au comité [COPERMO]. Ce rôle devrait renforcer la position des ARS vis-à-vis des CHU ».

¹ IGAS et IGF, « Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier », mars 2013.

Toutefois, la Cour des comptes constate que **les ARS ne disposent pas des « leviers juridiques » nécessaires pour peser dans la politique immobilière des CHU**. Leur contrôle est en effet actuellement limité aux plans globaux de financement pluriannuel des établissements publics de santé, auxquels elles ne peuvent s'opposer que pour des motifs financiers¹. La Cour recommande donc de « *donner les moyens juridiques aux ARS leur permettant de s'opposer à un projet d'investissement dont l'objet ou le dimensionnement ne sont pas conformes aux orientations régionales de l'offre de soins ou dont les gains d'efficience qu'il autorise sont insuffisants* ».

En outre, au vu des **ressources limitées des ARS sur les questions immobilières**, la Cour des comptes suggère de revoir l'organisation du mode de suivi de ces questions, par exemple en mettant en place des cellules transversales, comme c'est déjà le cas dans certaines ARS, ou bien en mutualisant dans un cadre interrégional certaines compétences très spécialisées.

Votre rapporteur spécial partage le point de vue selon lequel **le rôle des ARS dans le pilotage de la politique immobilière hospitalière doit être renforcé**. Toutefois, il rappelle que **le niveau d'information fourni à la représentation nationale sur le suivi de leurs actions et l'utilisation de leurs financements doit être amélioré**.

D. DES RECOMMANDATIONS ANTÉRIEURES PARTIELLEMENT MISES EN OEUVRE

Parmi les vingt-trois recommandations formulées par la Cour des comptes dans le cadre de la précédente enquête sur le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins, **cinq ont été suivies et dix sont en cours de mise en œuvre**. Selon le ministère des affaires sociales et de la santé, **les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS), en cours d'élaboration, participeront à la réalisation d'un grand nombre de préconisations de la Cour des comptes**.

Votre rapporteur spécial regrette néanmoins l'absence de prise en compte des recommandations suivantes :

- les recommandations liées à l'utilisation du patrimoine privé à des fins internes à l'établissement (politique de mise à disposition et d'attribution de logements de fonction) ;
- l'obligation de faire figurer une annexe portant schéma directeur immobilier au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

¹ Déséquilibre financier du résultat prévisionnel, niveaux d'investissement ou d'endettement à long terme non compatible avec la situation financière de l'établissement, évolution défavorable d'un projet envisagé sous forme de partenariat ou de bail emphytéotique.

Enfin, votre rapporteur spécial insiste à nouveau sur **le rôle d'impulsion indispensable de la tutelle nationale en matière de politique immobilière**. En particulier, comme l'ont relevé l'IGAS et l'IGF dans le cadre de leurs travaux sur l'investissement hospitalier « *la DGOS doit se repositionner sur le pilotage des sujets immobiliers et endosser pleinement son rôle de pilotage* »¹. Les travaux entamés ces derniers mois constituent une avancée notable vers ce repositionnement.

¹ IGAS et IGF, « *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier* », mars 2013

TRAVAUX DE LA COMMISSION AUDITION POUR SUITE À DONNER

Réunie le mercredi 2 octobre 2013 sous la présidence de M. Philippe Marini, président, la commission a procédé à une audition pour suite à donner à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article 58-2° de la LOLF, sur la gestion du patrimoine immobilier des CHU, affecté aux soins.

M. Philippe Marini, président. – Nous sommes réunis pour une audition pour suite à donner à une enquête réalisée par la Cour des comptes, à la demande de notre commission des finances, en application de l'article 58-2° de la LOLF. L'enquête d'aujourd'hui concerne le patrimoine immobilier dédié aux soins des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Cette enquête vient utilement compléter les précédents travaux, réalisés par la Cour des comptes à notre demande, sur le patrimoine « privé », non affecté aux soins, des établissements publics de santé. Cette enquête nous est particulièrement utile pour se situer dans l'environnement complexe du monde hospitalier.

Il y a eu une prise de conscience, parmi les hôpitaux, des enjeux que représente le patrimoine immobilier. Cette prise de conscience progressive s'explique notamment par la forte dégradation des finances hospitalières. L'endettement des hôpitaux publics a presque doublé depuis 2006 et continue de progresser, pour s'établir à plus de 26 milliards d'euros.

Le Premier ministre a annoncé, le 9 juillet dernier, l'objectif de réaliser 45 milliards d'euros d'investissement dans les hôpitaux sur les dix prochaines années. A cet égard, l'enquête de terrain de la Cour des comptes nous fournit de précieux éléments de réflexion. Le monde hospitalier est en effet parfois contradictoire. Les grands sites hospitaliers ont connu des périodes successives de développement, une sorte de sédimentation de l'espace, qui n'a pas toujours débouché sur des solutions optimales en termes d'organisation de l'espace.

Plusieurs questions se posent. Quels enseignements tirer des expériences passées pour les futurs investissements immobiliers hospitaliers ? Quelles idées peuvent être avancées pour rendre encore plus efficace la maîtrise d'ouvrage publique ? Les décisions prises dans ce domaine ont des conséquences sur une longue période.

Suivant l'usage, l'audition est ouverte aux membres de la commission des affaires sociales, représentée par notre collègue Yves Daudigny, rapporteur général, sénateur et président du Conseil général de l'Aisne. Elle est également ouverte à la presse.

Je donnerai tout d'abord la parole à M. Antoine Durrleman, président de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes, pour un résumé des

travaux de la Cour. Assisté de Mesdames Marianne Lévy-Rosenwald, Céline Prévost-Mouttalib et Sylvie Apparito, il nous présentera une synthèse de cette étude aussi concrète que possible.

À l'issue de cet exposé, Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial des crédits de la mission « Santé » et rapporteur pour avis de la commission des finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), s'exprimera et posera ses questions. Les rapporteurs généraux, s'ils le souhaitent, pourront aussi intervenir.

Puis, nous entendrons trois intervenants : Jean Debeaupuis, représentant l'autorité de tutelle et directeur général de l'offre de soins ; Philippe Domy, président de la conférence des directeurs généraux de CHU et directeur général du CHU de Montpellier et Christian Anastasy, directeur général de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP).

Je rappelle aux membres de la commission des finances que nous aurons, à l'issue de cette audition, à prendre une décision sur la publication de l'enquête de la Cour des comptes au sein d'un rapport d'information.

Je donne maintenant la parole à Antoine Durrleman. Je le remercie ainsi que ses collaborateurs pour la qualité du travail accompli.

M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. – Je vous présenterai l'étude menée par la Cour des comptes au travers des trois questions suivantes : de quoi parlons-nous ? Comment en parlons-nous ? Qu'en disons-nous ?

Les trente-deux centres hospitaliers universitaires (CHU) représentent 21 % de l'ensemble de l'offre hospitalière et 25 % du patrimoine immobilier hospitalier. Ils constituent le fleuron de l'offre hospitalière publique et préfigurent l'évolution à venir du monde hospitalier. Vous comprendrez donc que nos conclusions ne se limitent pas aux seuls CHU.

Dans la mesure où ces centres se caractérisent par une grande diversité, nous avons concentré notre analyse sur sept établissements nous paraissant correspondre à un panel représentatif : Paris, Lyon, Marseille, Nantes, Toulouse, Tours et Besançon.

Cette enquête intervient à un moment particulier et charnière dans l'évolution des CHU. Les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » ont en effet permis de dégager des financements considérables, respectivement 16 milliards d'euros et 10 milliards d'euros. Les CHU en ont été les principaux bénéficiaires du fait de leur état de vétusté avancée. Aujourd'hui, ces efforts de financement ont trouvé leur aboutissement, tandis que d'autres crédits sont prévus pour l'avenir. Nous nous sommes donc attachés à éclairer tant le passé que le futur avec, à l'esprit, les notions indispensables de progrès médical et d'efficacité des coûts.

Voici les principaux éléments de conclusion suite à nos travaux.

Tout d'abord, si des efforts ont été réalisés, la connaissance du patrimoine immobilier des CHU demeure imparfaite. Parmi les efforts notables, je veux en particulier relever l'atlas du patrimoine immobilier, établi par le CHU de Toulouse. On doit néanmoins regretter l'absence d'une méthodologie commune permettant une vision agrégée du patrimoine immobilier des centres. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) met en place un nouvel outil de connaissance partagée dans ce domaine. Mais nous avons constaté que celui-ci reste largement inconnu dans les CHU, ce qui appelle une plus forte implication des équipes hospitalières sur ce projet.

En outre, l'effort de financement a obtenu des résultats positifs, mais les gains d'efficience auraient pu être plus importants. Parmi les résultats obtenus, on peut notamment évoquer l'amélioration de l'accueil du patient et l'intégration du progrès médical. Toutefois, des difficultés subsistent. L'accroissement des normes (générales et spécifiques) a eu pour conséquence une véritable course poursuite. Par exemple, à Tours, plus de 1 000 normes ont dû être intégrées en dix ans. La DGOS doit se mobiliser sur ce terrain. En particulier, la pression des normes incendie a mobilisé d'importants financements. Il faut rappeler que 16 % des bâtiments hospitaliers sont interdits d'exploitation. Certains CHU ont enregistré de réels progrès. Ainsi, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a réussi à lever trente interdictions, mais vingt-deux nouvelles ont été prononcées. Il convient de rappeler que la responsabilité personnelle des directeurs généraux des CHU est engagée sur ce terrain. Une question se pose : plutôt que de rechercher une mise en conformité à tout prix, ne vaut-il pas mieux abandonner certains sites ? Dans cette perspective, la reconversion de l'Hôtel-Dieu à Paris nous paraît un exemple à suivre.

Il faut également souligner que la restructuration des CHU n'est pas achevée. Concernant les blocs opératoires ou le virage ambulatoire, des retards dans la programmation des nouveaux plateaux médicaux techniques sont à déplorer. Dans certains cas, ces plateaux ont eu tendance à s'accroître plutôt qu'à se resserrer, ce qui est paradoxal. C'est par exemple la situation à Tours. Dans le domaine de la stérilisation, l'effort d'investissement a amené à concentrer les sites. Mais un tel regroupement n'est pas toujours achevé, comme par exemple à Marseille. Des difficultés, selon nous davantage culturelles qu'opérationnelles, nous semblent freiner ce mouvement.

La modernisation s'est traduite par une augmentation des surfaces : + 30 % au CHU d'Orléans par exemple. Cette augmentation est justifiée par l'amélioration des conditions d'accueil du patient. Mais elle trouve aussi son explication dans l'augmentation du nombre de lits. Or, les durées moyennes de séjour se réduisent fortement et la part de la médecine ambulatoire s'accroît. Dès lors, on peut penser que le levier d'efficience représenté par la modernisation et l'investissement immobilier aurait pu être mieux utilisé.

Les CHU ont déjà beaucoup évolué. On doit notamment citer une professionnalisation plus affirmée, l'intégration des problématiques de

maintenance, une meilleure maîtrise d'ouvrage et une plus grande prise en compte des enjeux financiers. Nous avons ainsi relevé de bonnes pratiques en matière de réorganisation à Toulouse et Paris. Toutefois, des progrès restent à accomplir dans la programmation en faveur d'un resserrement des surfaces. Celui-ci suppose une bonne connaissance du coût de fonctionnement au mètre carré. Par exemple, à la Pitié-Salpêtrière à Paris, ce coût s'élève à 107 euros par mètre carré. La mesure relative au ratio entre les différentes surfaces (dédiées à la circulation, à l'accueil, à l'hospitalier...) doit être plus rigoureuse. Par exemple, nous avons relevé une surface importante non affectée aux soins à l'hôpital Port-Royal à Paris. A cet égard, il convient de rappeler que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) a pour objectif une réduction de 15 % de ses surfaces d'ici à 2015.

Par ailleurs, les tutelles doivent également avoir une vision claire des programmations. De création récente, les autorités régionales de santé (ARS) souffrent d'une certaine forme de myopie : elles manquent d'expertise, de moyens et de vision transversale. Pour s'opposer à certains projets peu efficaces, les ARS doivent désormais acquérir un surcroît d'expertise.

En ce qui concerne les autorités de tutelle nationales, nous avons constaté un resserrage très net de leur contrôle (par exemple s'agissant des emprunts contractés par des CHU connaissant des difficultés financières). Concernant les projets immobiliers, un référentiel a été mis en place, ainsi qu'un dispositif de contre-expertise. Cette dynamique s'inscrit d'ailleurs dans le prolongement de la programmation des finances publiques pour la période allant de 2012 à 2017. Le commissariat général à l'investissement recommande le déclenchement de l'expertise à partir d'un certain seuil de masse financière. Selon nous, ce seuil doit toutefois être assez bas pour permettre l'exercice d'une réelle contre-expertise. Nous pensons également qu'il faut inclure dans cette réflexion les investissements liés aux problématiques de mise en sécurité. Ces dernières se traduisent en effet souvent par la rénovation du bâtiment.

Les pouvoirs publics ont demandé l'élaboration de schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS), ce qui correspond à une offre de soins territorialisée. Un outil reste toutefois à finaliser et devra être mis en partage : il s'agit de la grille et de la méthode d'évaluation du retour sur investissement.

En conclusion, je voudrais dire que, pour notre pays, l'hôpital public est à la V^e République ce que l'école fut à la III^e République : un vecteur de progrès essentiel à notre pacte social. Nous espérons que le rapport de la Cour des comptes présenté ce matin aide à progresser encore davantage sur ce chemin.

M. Philippe Marini, président. – Je vous remercie Monsieur le président. Il était en effet important d'apporter cette dimension historique à

l'évolution des CHU et des hôpitaux publics dans leur ensemble. Je donne maintenant la parole à Jean-Pierre Caffet.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial. – Monsieur le président, je vous rejoins sur l'intérêt d'alimenter notre réflexion par une remise en perspective historique.

Tout d'abord, permettez-moi de rappeler les motifs qui ont conduit la commission des finances à confier une enquête à la Cour des comptes sur le patrimoine immobilier hospitalier : d'une part, il s'agissait d'établir l'état des connaissances et la nature du patrimoine détenu par les hôpitaux ; et, d'autre part, d'analyser les modalités de gestion de leurs différents types de biens.

Ce second volet de l'enquête sur le patrimoine dédié aux soins nous est présenté à un moment décisif. En effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 confirme la volonté du Gouvernement de soutenir les investissements des établissements publics de santé et de mieux piloter cet investissement. Un plan de financement à hauteur de 45 milliards d'euros dans les dix prochaines années a également été annoncé. Enfin, l'expérience des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » a montré les risques de dérapage de plans d'investissement mal calibrés ainsi que leurs conséquences négatives sur la soutenabilité financière des hôpitaux.

L'enquête de la Cour des comptes appelle trois observations principales de ma part.

Premièrement, je constate des similitudes importantes entre les résultats et les recommandations de la précédente enquête sur le patrimoine privé des hôpitaux et ces nouveaux travaux sur le patrimoine dédié aux soins. En plus du défaut de pilotage national et régional et du manque de formalisation des stratégies immobilières des hôpitaux, je relève à nouveau la fragmentation de l'information.

Certes, au niveau de chaque CHU, la connaissance du patrimoine dédié aux soins est relativement bonne. Mais qu'en est-il précisément de l'outil de recensement national OPHELIE ? Celui-ci était censé être opérationnel en 2012. Des expérimentations ont eu lieu, mais le champ exact des établissements concernés demeure flou. La connaissance précise de l'existant apparaît pourtant comme un préalable nécessaire à la définition d'une politique nationale efficace.

Je me tourne donc vers le directeur général de l'offre de soins : pourriez-vous préciser quels seront les établissements et la part du patrimoine hospitalier concernés par OPHELIE à partir de 2014 ? L'ensemble des établissements publics de santé a-t-il bien vocation à utiliser OPHELIE ou bien s'agira-t-il uniquement des établissements dont les comptes seront certifiés en 2014 ?

Deuxièmement, le rapport de la Cour relève une volonté récente de superviser les projets immobiliers des hôpitaux aux niveaux national et régional, au travers de nouveaux instruments.

Je m'adresse à nouveau à Jean Debeaupuis. Pourriez-vous nous présenter l'état d'avancement des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) qui doivent être préparés par les agences régionales de santé (ARS)? Ces schémas auront-ils un caractère contraignant vis-à-vis des hôpitaux? Comment est organisé le nouveau Comité interministériel de la performance et de modernisation de l'offre de soins (COPERMO), en charge d'examiner les projets d'investissement supérieurs à 50 millions d'euros? Combien de projets ce comité devrait-il évaluer par an? Selon quels critères? Quelle sera l'articulation entre le COPERMO et le commissariat général à l'investissement?

Troisièmement, je note la prise en compte par le Gouvernement des diverses recommandations de la Cour des comptes, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur un point important: les prochains efforts d'investissement hospitalier ne devraient pas suivre une logique de plan à caractère pluriannuel. En pratique, est-ce que cela signifie que les aides de l'assurance maladie ne seront inscrites en loi de financement de la sécurité sociale qu'une fois les projets sélectionnés? Quel niveau d'autofinancement sera attendu de la part des établissements?

Bien entendu, il sera particulièrement instructif de recueillir le sentiment de Philippe Domy, de la conférence des directeurs généraux de CHU, et de Christian Anastasy, de l'ANAP, sur les méthodes et instruments permettant de mieux piloter l'immobilier hospitalier.

Pour conclure, je tiens à saluer l'excellent travail des magistrats de la Cour des comptes. Je les remercie, ainsi que nos autres intervenants, d'avoir bien voulu venir nous éclairer sur ce sujet.

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. - Je m'associe aux appréciations portées par le rapporteur spécial Jean-Pierre Caffet. Je voudrais compléter son propos par trois questions supplémentaires, qui s'appuient sur la philosophie de la commission des finances sur ces sujets, et qui font aussi écho au fait que le Sénat est la chambre des collectivités territoriales, et que nous avons parmi nous des élus de tous les territoires, soucieux de rendre le plus opérationnel possible le système hospitalier.

Ma première question est générale et s'adresse à Antoine Durrleman et Jean Debeaupuis. Un grand nombre d'acteurs intervient dans les décisions d'investissement immobilier hospitalier: la commission médicale d'établissement, la tutelle ministérielle, les agences régionales de santé (ARS), le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) et le Commissariat général à l'investissement

(CGI) pour les projets les plus coûteux. Pouvez-vous nous expliquer comment s'articulent leurs différentes interventions ? Quel est le cheminement type d'un projet ? Afin de concrétiser les choses et de prendre un exemple relativement connu, pourriez-vous nous indiquer par quelles phases d'examen doit encore passer le projet de pôle de santé universitaire de l'Hôtel Dieu ?

Ma deuxième question s'adresse à l'ensemble de nos intervenants : plusieurs rapports recommandent de conditionner strictement les aides publiques à l'investissement hospitalier selon différents critères. La Cour des comptes propose des critères liés à l'offre de soins (diminution des capacités, réduction des surfaces...), l'IGAS et l'IGF mettent en avant des critères de gestion (désendettement, évolution des besoins en fonds de roulement, marge brute non aidée...). Quelle approche vous semble la plus pertinente au regard de la spécificité des hôpitaux ? En appliquant de telles approches de façon trop stricte, ne risque-t-on pas de détériorer l'offre de soins sur certains territoires ?

Enfin, ma troisième question s'adresse à Antoine Durrleman et Christian Anastasy : la présente enquête de la Cour des comptes n'approfondit pas la question des partenariats publics privés dans le champ hospitalier. Ce type de contrat constitue-t-il une piste pour l'intégration de la maintenance préventive ? Existe-t-il d'autres outils pour mieux prendre en compte la maintenance dès la phase de conception des projets ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Je m'associe aux remerciements qui ont été adressés aux membres de la Cour des comptes. Pour ma part, je formulerai deux questions. La ministre de la santé et des affaires sociales a présenté la semaine dernière les grandes lignes d'une stratégie nationale de santé. Il est vrai que le discours a davantage porté sur le début de la chaîne de soins que sur l'hôpital. Mais la question peut être posée : comment prendre en compte, au-delà des normes, les évolutions à venir dans l'organisation de la chaîne de soins ? Comment prendre en compte, aussi, la cohérence de l'organisation des soins sur un territoire ? Un exemple me semble parlant à cet égard : celui de la prise en charge ambulatoire, dont il est vivement souhaité qu'elle se développe en France, à l'égal de ce qui se passe dans d'autres pays.

Ma deuxième question est plus anecdotique : la Cour écrit, dans son rapport, que plusieurs CHU se caractérisent par une certaine inventivité architecturale. Cette particularité a-t-elle pu avoir pour conséquences des difficultés supplémentaires dans l'organisation du travail, ainsi que des coûts supérieurs à ce qu'ils auraient pu être ?

M. Philippe Marini, président. – Sur la question de la maîtrise d'ouvrage publique, il s'agit de savoir comment parvenir à une vision intégrée de l'investissement et des fonctionnalités si diverses d'un CHU.

M. Jean Germain. – Je voudrais préciser que dans « CHU », il y a « université ». Je m'étonne, tout en le regrettant, que la Cour n'ait pas consulté un certain nombre de personnes pour réaliser son enquête : le président du conseil de surveillance de chaque CHU choisi pour l'enquête, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le doyen de la faculté de médecine. Est-ce normal ? Cela fait dix-neuf ans que je suis président du conseil d'administration, devenu conseil de surveillance, du CHU de Tours. C'est le lien entre l'administration de l'hôpital, les élus et la population. Il ne faut pas oublier la dimension humaine des hôpitaux. Les personnels administratifs ne représentent qu'une partie de l'hôpital. Le CHU, c'est comme l'école publique. On ne parle pas ici de cliniques privées mais des CHU, créés par Robert Debré, un des succès de notre pays et dont les personnels sous aujourd'hui sous tension. Un CHU est un ensemble humain, qui doit vivre.

On m'a proposé en 1995 de supprimer l'hôpital Bretonneau, pour faire des économies, et de construire un hôpital à quinze kilomètres de la ville. J'ai imposé le maintien d'une partie du CHU en centre-ville. De plus, on a créé une maison de santé à côté, ce qui a permis de soulager les urgences. Il faut tenir compte de la vie locale sur ces sujets. Je souligne aussi que je préside le conseil de surveillance d'un CHU qui n'est pas en déficit, et qui n'est pas soumis à la législation sur les emprunts, car son endettement est limité.

Le deuxième sujet que je souhaite aborder est celui des normes : on découvre là ce que vivent les maires au quotidien. Pourquoi ne devrait-on pas respecter la loi, sous prétexte qu'on est dans un CHU, et au nom de l'impératif d'économies ? J'ai lu très attentivement le rapport de la Cour des comptes. Les normes d'accessibilité, les normes relatives à l'amiante, aux incendies et à la légionellose sont très importantes. Je pourrais d'ailleurs ajouter à cette liste les impératifs liés aux maladies nosocomiales.

Certaines recommandations de la Cour des comptes me semblent pertinentes : la nécessaire suppression de sites, le regroupement des fonctions logistiques, qui devrait être imposé partout, tout comme l'amélioration de la performance énergétique des bâtiments, que j'ai imposée en tant que président du conseil de surveillance.

De surcroît, L'Etat doit fournir au directeur du CHU et au président du conseil de surveillance un certain nombre de documents, en amont, par exemple pour établir le budget de l'établissement. Or, bien souvent, nous ne disposons pas de l'ensemble des chiffres permettant la préparation du budget de l'hôpital !

Je veux, enfin, sur un sujet plus personnel, signaler une inexactitude à la page soixante-quatorze du rapport, qui concerne le CHU de Tours. Il est indiqué que « *les résistances locales des élus et de la population n'ont pas permis le*

regroupement du pôle pédiatrique ». Les élus et la population ne représentent pas rien !

Les élus ont souhaité regrouper la maternité et la néo-natalité, mais conserver un hôpital pédiatrique, où les enfants venant de différentes régions peuvent profiter de la présence de leurs parents à côté d'eux grâce au système de résidence qui a été instauré. Je le répète, un hôpital doit rester humain. Je plaide pour davantage de lien entre les élus et les différentes administrations. Et, en matière d'administration hospitalière, il y a un millefeuille à simplifier ; ceci serait certainement source d'économies.

M. Philippe Marini, président. – Merci. Ce témoignage concret illustre l'utilité pour un maire de présider le conseil de surveillance d'un hôpital.

M. Éric Doligé. – Je remercie à mon tour les membres de la Cour des comptes. Je souhaiterais aborder un sujet non traité dans votre présentation, celui du service d'aide médicale urgente (SAMU) et des pompiers. Je le vois à Orléans, où nous construisons un hôpital. On construit un centre d'alerte sur l'hôpital pour le SAMU, ce qui coûte très cher et, parallèlement, un deuxième centre pour les pompiers, pour un coût de 5 millions d'euros. Il y avait une économie d'échelle à réaliser, mais chacun sait qu'entre le « 15 » et le « 18 », beaucoup de tensions existent. Cela implique un manque d'efficacité, des problèmes de qualité de secours, et des surcoûts inutiles.

En pleine construction de l'hôpital, il y a déjà deux ans, nous avons réalisé que le projet comportait une centaine de places en trop. Mais, une fois que le projet était lancé, on ne pouvait plus rien faire pour pallier ce défaut. La question de l'affectation des surfaces supplémentaires n'est pas réglée et pose un vrai problème.

S'agissant des normes, il ne s'agit pas de ne pas les respecter. J'ai produit un rapport sur le sujet. Le problème vient de la superposition des normes. Peut-être pourrait-on avoir une vision plus européenne et plus égalitaire en la matière ?

Enfin, je voudrais insister sur l'impact de la désertification médicale concernant les besoins en matière de services d'urgences. A Orléans, les saturations sont extrêmes du fait de l'absence de médecins localement. Les pompiers emmènent tout le monde aux urgences, qui s'en retrouvent totalement embouteillées. En conséquence, il faudrait des surfaces supplémentaires, car nous ne sommes pas en capacité de régler ce problème dans les conditions actuelles.

M. Edmond Hervé. – Je lirai avec beaucoup d'attention l'excellent rapport de la Cour des comptes et je me joins aux remerciements précédemment exprimés. Vous évoquez la mutualisation, la coordination, les relations avec l'extérieur : ce sont des processus absolument nécessaires, qui rencontrent parfois des obstacles. Je me souviens par exemple des violentes

oppositions du corps médical, en 1984, avec la mise en œuvre de la départementalisation.

J'ai beaucoup apprécié l'intervention de Jean Germain. Dans mes fonctions de maire, ce qui m'a le plus intéressé, c'était la présidence du conseil d'administration du CHU de Rennes, que j'ai exercée pendant trente-et-un ans. Je n'ai jamais manqué une seule de ces réunions, même ministre. J'ai voté tous les budgets. On ne rend pas suffisamment hommage aux personnels des hôpitaux, si impliqués. Le directeur général doit être soutenu par le président du conseil d'administration. Je dirais même plus : lorsque l'on travaille sur le bon fonctionnement d'une institution telle qu'un CHU, il faut une parfaite entente entre le président du conseil de surveillance, le directeur général, le doyen, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le préfet ou son représentant.

A partir de là, quels enseignements tirer ? Premièrement, la France a une excellente administration hospitalière, mais l'administration de la santé est dépourvue de moyens, indépendamment de la qualité et du dévouement des personnes qui exercent ces fonctions.

Il y a des explications à cela : je m'agace notamment des différences d'indemnités entre hauts fonctionnaires, selon que l'on exerce au ministère des affaires sociales ou à Bercy. On doit avoir le courage de traiter cette question.

S'agissant de la tutelle, il faut être conscient de l'écart existant entre celle-ci et l'opinion générale, y compris celle des responsables hospitaliers et des élus locaux, ce qui me paraît grave dans une démocratie. Je pense que loyauté, responsabilité et bon sens ne sont pas incompatibles avec l'exercice de la tutelle.

Par ailleurs, je suis très attaché aux grands équilibres budgétaires, mais on ne peut pas raisonner de manière générale sur un sujet comme les CHU. Certes, il faut un cadre, mais n'oublions pas la territorialisation, c'est-à-dire la nécessité de répondre à des besoins différents selon les territoires. De plus, il existe une grande spécificité des CHU. Par exemple, sur le concept de durée moyenne de séjour : globalement, il y a une grande baisse de cette durée. Mais je ne pense pas que la durée de séjour dans une maternité de CHU, de l'ordre d'une journée et demie, soit la panacée, surtout lorsque l'on sait quel type de populations fréquente les maternités des CHU.

S'agissant de la sécurité : oui, il faut respecter des normes. Mais on se heurte à une application extrême des normes de sécurité dans le cadre de la commission de sécurité. Chacun se protège, cherche à se couvrir. Il faut un dialogue entre le ministère de la justice et le ministère de la santé sur ces sujets. Je ferai allusion à cet égard à un exemple personnel dans ma région : une nuit, l'incendie d'une clinique privée a causé vingt-cinq morts. Il est évident que ceci a des répercussions. Et, lorsque vous êtes membre d'un conseil d'administration, que vous avez un choix à faire entre l'acquisition

de cinq portes coupe-feu dans une cave ou l'ajout d'un instrument important dans un bloc opératoire, vous n'hésitez pas ! J'en connais les conséquences.

Sur les surfaces : j'entends bien qu'il faut des normes de surface, mais il faut prendre le temps de voir concrètement comment elles peuvent être gérées. Quand on a une salle d'urgence, dans un CHU, égal au dixième de notre salle de réunion, la première chose que l'on fait est de l'agrandir, ce qui n'a rien de répréhensible.

Enfin, quand on parle de lits, il faut là encore raisonner service par service. Par exemple, en matière de soins palliatifs, on a des efforts à faire. Les coordinations sont nécessaires, il faut une certaine spécialisation. Par ailleurs, il arrive que dans certains services de nos CHU, le confort hôtelier n'égale pas le confort qui existe dans d'autres établissements privés.

Enfin, je ne suis pas opposé aux partenariats public-privé (PPP), mais je pense que le ministère doit jouer dans ce domaine un rôle de conseil et d'expertise en relation avec l'administration hospitalière, pour que, dans les rapports avec le privé, tout le monde se retrouve à égalité. De plus, l'application du PPP dans le secteur hospitalier est particulièrement difficile, tant il faut préciser de points dans le contrat. Je m'excuse pour la longueur de mon intervention, mais ce sujet me tient à cœur, et l'on ne peut pas le traiter du seul point de vue comptable.

M. Philippe Marini, président. – Chacun peut ici mesurer l'engagement des élus locaux au côté des établissements hospitaliers. Nos collègues ont parlé avec leur expérience, mais aussi avec leur cœur. N'oublions pas que les CHU sont des établissements publics de l'Etat, que le principe de territorialisation s'y applique et que cela rend complexe l'exercice des fonctions de régulation et de tutelle. D'où la pluralité des organismes qui s'en occupent. Au nom de l'Etat, la vision la plus globale est celle du directeur général de l'offre de soins. Je passe donc la parole à Jean Debeaupuis.

M. Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS). – Je remercie la Cour des comptes ainsi que la commission des finances pour avoir demandé une enquête sur ce sujet. Celle-ci est extrêmement détaillée et restitue les échanges nourris avec le ministère des affaires sociales et de la santé et avec les opérateurs concernés.

En introduction, je souhaiterais souligner deux points. Tout d'abord, quels que soient nos parcours respectifs, nous connaissons bien, autour de la table, les CHU, leurs spécificités, leurs réussites et leurs difficultés. Pour la gouvernance de ces établissements, la bonne entente entre les présidents de conseil de surveillance, que vous êtes, et l'ensemble de la communauté hospitalière est nécessaire. Ensuite, je signale que mon propos sera plus large que le champ de l'enquête. Comme vous l'avez souligné, Monsieur le Président, la DGOS, ancienne direction de l'hospitalisation, s'occupe désormais de l'offre de soins et prend en compte l'ensemble du parcours de

santé. Je suis convaincu que les outils que nous avons conçus s'adressent autant aux trente-deux CHU qu'aux autres établissements de santé.

Les trois axes majeurs qui ont guidé l'action du ministère de la santé en matière de gestion patrimoniale des établissements sont une meilleure connaissance du patrimoine, le développement d'une approche plus stratégique du patrimoine existant et la mise en place d'un dispositif de pilotage renforcé, avec notamment le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) mis en place par la ministre en décembre dernier.

Sur la meilleure connaissance du patrimoine, la Cour des comptes nous appelle à aller plus loin. C'est un défi fondamental pour nous. Je rappelle qu'il concerne l'ensemble des acteurs : les établissements au premier chef, en tant que maîtres d'ouvrage, les agences régionales de santé (ARS) et l'échelon national de pilotage. Le travail de fond a abouti puisque le système d'information OPHELIE, élaboré grâce à la collaboration de l'ANAP et de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), sera déployé dans une trentaine d'établissements avant la fin de l'année. Cet outil va donc être testé en conditions réelles. Nous avons choisi d'articuler le déploiement de cet instrument avec la démarche de certification des comptes des établissements de santé. Les premiers établissements à faire l'objet d'une certification le seront pour les comptes de l'année 2014. La montée en charge sera ensuite progressive. Les décrets sur la certification ont récemment été examinés par le Conseil d'Etat et devraient être publiés très prochainement. Je rappelle que le seuil fixé par le Gouvernement pour la certification est de 100 millions d'euros de budget annuel. La certification et l'utilisation d'OPHELIE devraient donc concerner la majorité des établissements. Notre intention est bien de déployer cet outil à l'ensemble des établissements, mais en commençant par les établissements qui se sont portés volontaires et qui prendront part à la première vague de certification des comptes. J'en profite pour rectifier un point : le comité de pilotage du projet OPHELIE comprend naturellement des représentants des établissements publics de santé, et notamment des CHU. C'est avec eux que les décisions de partage de données et d'évolutions de l'outil seront prises.

Concernant la mobilisation des acteurs en matière de gestion du patrimoine et de certification des comptes, tous les établissements vont devoir s'engager encore plus fortement dans cette démarche de recensement, d'optimisation et de valorisation de leur patrimoine. C'est une condition évidente pour une vision sincère et fiable des immobilisations. Ce mouvement a été lancé par une circulaire publiée en octobre 2011.

Cette connaissance étant améliorée, comment avoir une approche plus stratégique du patrimoine des établissements ? Chacun a pu mesurer les limites des plans antérieurs, « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », même s'ils ont permis la modernisation d'un patrimoine parfois vétuste : une insuffisante prise en compte du patrimoine existant, des effets d'aubaine et

surtout la montée de l'endettement. Le ministère de la santé a donc entamé une démarche de remise à plat des investissements en santé au niveau régional. La circulaire du 28 mai 2013 donne un cadre général à l'élaboration des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS). Le champ de ces schémas est le plus large possible : hospitalisation, médico-social, médecine de ville ou encore systèmes d'information.

Dans le cadre de l'élaboration des SRIS, il est demandé aux établissements et aux ARS de répondre à trois exigences. Tout d'abord, il faut argumenter et documenter le plus possible la stratégie territoriale, en cohérence avec la stratégie régionale de santé. Ensuite, les schémas devront promouvoir les parcours de santé, afin de décloisonner et renforcer les complémentarités entre la ville et les établissements de santé. Ensuite, la circulaire demande de prendre davantage en compte le patrimoine existant. La Cour des comptes souligne, en la matière, la démarche exemplaire et pionnière de l'ARS d'Ile-de-France. A priori, les SRIS ne devraient pas conduire à une augmentation des immobilisations, mais favoriser une valorisation des surfaces existantes. Les marges d'optimisation sont importantes ; elles ne sont pas incompatibles avec les priorités de santé publique telles que le développement des soins palliatifs ou des transplantations. Le parcours de santé peut être en effet réparti entre différentes régions.

La Cour des comptes recommande d'adopter un « calendrier réaliste » pour l'élaboration des SRIS, permettant l'établissement d'un état des lieux préalable. C'est bien la méthode qui a été retenue par la ministre. Les ambitions méthodologiques des SRIS ne pourront être réalisées que dans une perspective pluriannuelle. Pour répondre à votre question, Monsieur le rapporteur spécial, sur l'état actuel de préparation des SRIS, les vingt-six ARS ont envoyé durant l'été au ministère une première version des schémas. Cette première génération est amenée à être déclinée et approfondie. Il y a encore un travail méthodologique important avant d'atteindre les ambitions exposées dans la circulaire. Je terminerai sur le troisième axe, concernant le fonctionnement du COPERMO. La Cour des comptes note que ce nouveau comité est susceptible de renforcer la qualité des investissements.

M. Philippe Marini, président. – Quels sont les moyens dont disposera ce comité ? S'agit-il d'une simple réunion ou y aura-t-il une substance ?

M. Jean Debeaupuis. – Cela fait près d'un an que ce comité se réunit en alternant des séances sur la performance et des séances sur l'investissement. Il travaille en lien avec le commissariat général à l'investissement. Déjà onze dossiers ont été examinés par le comité à l'aune des critères de cohérence territoriale, de soutenabilité financière et de validation des référentiels capacitaires les plus exigeants, et ont fait l'objet d'une validation par la ministre.

Je citerai quelques exemples de projets emblématiques avant de laisser la parole à mes voisins : le projet du CHU de Nantes, planifié dans les dix ans à venir une réduction des capacités complètes d'hospitalisation de 30 % avec un fort développement de l'ambulatoire ; le projet du CHU de Clermont-Ferrand intègre, quant à lui, une valorisation importante dans le cadre de la cession de l'Hôtel-Dieu ; le projet du CHU de Belfort-Montbéliard prévoit, à travers le regroupement sur un site unique, un gain structurel de 12 millions d'euros pour un investissement de 250 millions d'euros.

Pour répondre à l'objectif de soutenabilité, il est demandé aux établissements d'atteindre un taux de marge brute non aidée de l'ordre de 8 %.

M. Philippe Marini, président. – Je me tourne à présent vers Philippe Domy, en sa qualité de président de la conférence des directeurs généraux de CHU. Avant de nous indiquer le rôle de cette conférence, pouvez-vous nous faire partager votre expérience en tant que directeur général d'un grand établissement de santé ? Quel est votre point de vue sur le paysage des différentes procédures et entités qui jouent un rôle dans le suivi des investissements hospitaliers ? Je souhaiterais également recueillir votre avis sur les relations entre les établissements de santé et les ARS. Quel est le poids de ces agences vis-à-vis des grands CHU, très structurés et très compétents ? Quelle est la valeur ajoutée de la tutelle régionale par rapport aux grands établissements ?

M. Philippe Domy, président de la conférence des directeurs généraux de CHU. – Monsieur le président, mesdames messieurs les sénateurs, vos questions et vos commentaires montrent à la fois votre intérêt pour la chose hospitalière et votre attachement à ces grandes institutions de service public que sont les CHU.

Qu'est-ce que la conférence des directeurs généraux de CHU ? Vous l'avez souligné, dans la tradition d'autonomie qui est la leur, les établissements manquent parfois de coordination. C'est la raison pour laquelle, très tôt, nous avons ressenti le besoin de mieux nous connaître afin de mieux agir ensemble. Comme cela a été rappelé, les trente-deux CHU représentent une masse significative de l'offre de soins. De plus, compte tenu de nos missions, soins, enseignement, recherche, nous avons à la fois un rôle de proximité, de référence et de dynamisation de l'enseignement et de la recherche. Nous sommes donc les garants de l'anticipation d'une réponse adéquate à l'évolution des besoins de santé. Nous nous rencontrons en conséquence selon un rythme mensuel, sur des thématiques communes comme la stratégie, les affaires financières, les ressources humaines ainsi que l'architecture et l'ingénierie patrimoniale.

Le principe premier est que l'on agit bien si l'on sait ce que l'on est et ce que l'on fait. Or le premier défaut était l'insuffisance de bases de données permettant de connaître la nature et le volume du patrimoine de

nos établissements. A la suite de la réalisation en 2012 d'un « Livre blanc pour l'investissement hospitalier », nous avons décidé de créer une base de données, en lien avec les services du ministère de la santé et l'ANAP. Nous sommes ensuite convenus avec la DGOS de verser cette base de données aux bases de données constituées par les prédécesseurs de l'ANAP afin d'avoir une vision consolidée, au niveau national, du patrimoine hospitalier. Il est important de noter que l'outil OPHELIE a pour origine une initiative des CHU et des opérateurs de terrain. Nous sommes engagés auprès du ministère afin de faire en sorte que cet outil devienne une aide à la prise de décision.

Sur les aspects plus stratégiques, je pense que nous allons connaître un bouleversement majeur dans la prise en charge des patients, notamment avec la prise en charge ambulatoire. L'objectif est d'atteindre, dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), la cible de 50 % des indications, établies en vue d'une intervention chirurgicale, qui seraient prises en charge en ambulatoire. Cette évolution aura un effet significatif sur l'organisation des établissements et nécessitera une refondation complète des modes de prise en charge et une adaptation des plateaux techniques.

Par rapport au sujet qui est le nôtre aujourd'hui, je souhaiterais souligner qu'une baisse du nombre de lits n'équivaut pas nécessairement à une baisse des dépenses hospitalières. En effet, le rapport entre les surfaces dédiées à l'hébergement et celles dédiées aux plateaux techniques (exploration, diagnostic, intervention...) devrait s'inverser. Or le coût d'exploitation des surfaces dévolues aux plateaux techniques est bien plus élevé. Plus nous allons monter dans la prise en charge ambulatoire, plus nous allons développer nos plateaux techniques. Sur une plus courte période, avec des équipements plus coûteux, il faudra prendre en charge davantage de patients. Le coût en plateaux techniques va donc significativement augmenter, quand bien même les fonctions hôtelières diminueront drastiquement. Au-delà de la prise en charge ambulatoire, il faut aussi noter le développement de la médecine prédictive et de la thérapie cellulaire.

Le bouleversement qui devrait avoir lieu dans les années à venir pose donc la question de la planification des différents investissements. Il est nécessaire d'adopter une démarche prospective, en tentant d'imaginer ce que sera l'hôpital dans dix ans. Nous savons d'ores-et-déjà qu'il y aura moins de fonctions d'hébergement, davantage de plateaux techniques et une logistique plus légère mais que l'hôpital ne coûtera pas moins cher !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur spécial. – Je comprends ce que vous indiquez à propos du transfert de surfaces entre la fonction hôtelière et la fonction d'intervention médicale. Vous nous dites que cela permettra d'accueillir plus de patients. Est-ce que cela signifie qu'il y aura davantage d'interventions ? Comment expliquer cette hausse du nombre

d'interventions et de patients en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle ? Est-ce l'évolution des pathologies ?

M. Philippe Domy. - Oui, il y aura une plus grande production d'actes et donc une hausse de la productivité de l'hôpital public. Dans le même temps, nous ferons face au développement des maladies chroniques, qui nécessiteront un recours ambulatoire aux plateaux techniques plus important. Il devrait y avoir une diversification de l'offre de soins et des pratiques qui entraînera une hausse du nombre d'actes, y compris d'actes plus coûteux en interventions et en consommables.

Parallèlement, à certaines périodes de l'année, dans les services d'urgences, nous manquons de lits pour faire face aux patients en aval. Il faudrait donc réaffecter une partie du potentiel d'hébergement à l'aval immédiat, dans les services d'urgences. Les CHU sont l'un des derniers lieux où il existe une réponse permanente de proximité, de recours et de référence. Les lits tendent souvent à se remplir le week-end. Il faut également prendre en compte cet aspect médico-social, que les CHU sont les seuls à assumer.

M. Philippe Marini, président. - Les hôpitaux généraux en assument également une partie ?

M. Philippe Domy. - Les hôpitaux généraux, par exemple, ferment des lits de réanimation pendant l'été.

Je me permets de signaler un point important aux élus que vous êtes : les problèmes de cohérence stratégique entre hôpitaux sont parfois liés au poids politique des présidents de conseils de surveillance.

S'agissant des ARS, il est vrai qu'il leur est parfois difficile d'assumer leur rôle face aux CHU. Il peut y avoir des déséquilibres d'expertise entre les grands établissements et les ARS. Mais il y a aussi des rivalités politiques d'un territoire à l'autre. Je plaiderais pour que les élus soient conscients de ce problème et nous aident dans la résolution de ces conflits d'intérêt. Il convient de partir de l'intérêt réel du patient et de veiller à ce qu'y soient affectés les moyens appropriés. Il faut éviter la multiplication des manœuvres dilatoires. Par exemple, dans ma région, entre Montpellier et Nîmes, ce sont des choses que nous vivons régulièrement.

M. Jean Germain. - J'ajoute que la complémentarité de l'offre de soins ne s'apprécie pas uniquement au sein d'une même région. Il faut l'apprécier au niveau interrégional.

M. Philippe Domy. - Bien sûr. La démonstration est faite au travers des schémas régionaux d'investissement en santé. Dans certaines activités telles que la chirurgie cardiaque, ou la neuroradiologie, nous voyons bien que c'est au niveau suprarégional qu'il faut s'organiser.

M. Philippe Marini, président. - Monsieur Anastasy, vous êtes le directeur de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP). Expliquez-nous votre position dans ce dispositif de conseil

des établissements et de l'administration centrale, et d'évaluation des investissements.

M. Christian Anastasy, directeur général de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). – Je dirai pour commencer quelques mots sur l'ANAP. Elle résulte de la fusion de trois entités (la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier – MAINH –, la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers – MEAH – et le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier – GMSIH), ce qui marque un effort de regroupement de la part de l'Etat pour aller dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'aspect systémique de l'organisation des établissements de santé. L'Inspection générale des finances nous considère comme un démembrement de l'Etat, et préférerait que nous ayons le statut d'un service à compétence nationale rattaché au ministère de la santé. Le Conseil d'Etat estime pour sa part que, de par son autonomie, l'ANAP est une agence, et qu'elle joue un rôle de structuration et d'accompagnement d'une politique nationale.

Au sein de l'ANAP, nous sommes tous des professionnels de terrain, des docteurs, des ingénieurs, des soignants. Nous ne créons pas de normes supplémentaires, mais nous nous employons à faire émerger les aspects les plus positifs de notre système hospitalier. On s'intéresse à ce qui va bien, en lien avec les professionnels de terrain. Par exemple, dans le domaine de la gestion des lits – la ministre a annoncé une action structurante dans cent-cinquante établissements – nous avons bâti un programme en lien avec les établissements. Nous avons fait ressortir les meilleures idées des établissements à travers une modélisation des bons outils de terrain. Notre mission est de les diffuser à grande échelle.

Quelle est la vision de l'ANAP sur les investissements immobiliers ? J'ai noté avec intérêt vos interventions qui font ressortir la complexité des réflexions auxquelles nous sommes confrontés. Deux mécanismes contradictoires sont à l'œuvre : d'un côté, un raisonnement qui postule que la durée de séjour va baisser, et que nous aurons donc moins besoin d'une capacité d'investissement du fait d'un moindre recours aux capacités techniques et d'hébergement. Cette position est fautive. De l'autre, un raisonnement inverse, qui postule qu'en raison du vieillissement de la population, les besoins de santé vont croître et qu'il nous faudra donc davantage de lits. Cette position est également erronée. Quelle est la vérité entre ces deux thèses ? On peut faire ressortir quelques points.

Tout d'abord, le vieillissement de la population est indéniable. De plus, 70 % des personnes âgées habitent dans les villes, ce qui pose des problématiques d'accessibilité. De fait, éloigner les centres de soin des centres villes ne semble pas pertinent.

Ensuite, la part des dépenses d'assurance maladie consacrée aux pathologies chroniques ne cesse d'augmenter : elle est de plus de 50 %

aujourd'hui, et sera de 70 % dans dix ans. En conséquence, la pression économique agira sur les enveloppes disponibles pour les autres acteurs du système. Il y aura un effet de vase communicant, avec une pression très forte à venir sur les établissements de santé.

Enfin, je voudrais souligner qu'aujourd'hui, on est capable de faire une carte du génome de chacun d'entre nous, mais qu'il n'y a pas encore de lien entre cette carte du génome et les thérapies géniques. Toutefois, dans dix ans, on commencera à faire ce lien, et les modes de prise en charge seront très différents d'aujourd'hui. Il est donc très difficile de faire des prévisions de long terme.

Au regard de ces constats, quelles peuvent être les pistes d'évolution ?

Je pense qu'il faut traiter les problèmes dans l'ordre. La ministre, avec la stratégie nationale de santé, a souligné la nécessité d'accompagner les personnes dans un territoire. Je rappelle que 15 millions de personnes sont concernées par des pathologies chroniques, pour un enjeu financier de 80 milliards d'euros. Il faudra donc se concentrer sur l'organisation des soins. Or, en France, nous avons deux financeurs : l'Etat, via l'assurance maladie, et les conseils généraux. C'est une spécificité par rapport à d'autres pays. Le premier enjeu est de « chaîner » les parcours (en lien avec la problématique des systèmes d'information) ; le second enjeu consiste à essayer de prendre en compte dans les financements le chaînage des parcours des personnes au sein d'un territoire. Un groupe de réflexion sur ce sujet a été lancé par la ministre. Tout cela n'est pas simple : il s'agit de modifier le modèle économique en s'efforçant de financer à due concurrence les phases du parcours de soins de façon plus cohérente.

Enfin, je souhaiterais souligner deux points qui ont seulement été mentionnés au cours de l'audition. Premièrement, s'agissant des partenariats public-privé, il faut impérativement mieux mettre en perspective les coûts d'exploitation de maintenance dans les investissements, car cela a un impact considérable (90 euros TTC le mètre carré par an estimés pour un CHU). Il y a actuellement une sous-valorisation des cycles d'exploitation de maintenance, par rapport à des investissements très coûteux.

Deuxièmement, dans le contact avec mes homologues étrangers, j'ai pu constater que, dans beaucoup de pays, les établissements de santé se préoccupent des normes environnementales, et notamment des conséquences d'une taxe carbone sur leur exploitation. Nos établissements seront confrontés à cette charge à partir de 2017, à travers leurs dépenses de consommation d'énergie et l'absence de maîtrise, par leurs investissements immobiliers, de rejets et consommations particulières. La Cour des comptes a cité le chiffre de 60 millions de mètres carrés de surface. Si l'on part d'une hypothèse de coût de 500 euros par mètre carré, on mesure l'ampleur des investissements à réaliser dans l'isolation des bâtiments des établissements hospitaliers pour éviter le paiement de la taxe carbone.

M. Francis Delattre. – Après la qualité des différentes interventions, j’ose à peine poser une question purement budgétaire. Je comprends bien la complexité des différentes problématiques. Néanmoins, hier dans cette même salle, le ministre du budget nous a présenté le projet de budget pour 2014. Il a annoncé que 6 milliards d’euros d’économies seraient réalisées en 2014 sur les dépenses sociales, dont 2,4 milliards d’euros sur les dépenses d’assurance maladie. Il est indiqué qu’une partie de ces économies devrait provenir de gains de productivité dans le secteur hospitalier. Pensez-vous que, dans les années à venir, des gains de productivité permettront de réaliser des économies ? A vrai dire, en vous écoutant, j’ai peine à le croire.

M. Jean Debeaupuis. – S’agissant des économies annoncées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, la ministre a annoncé que l’objectif d’économies pour les établissements publics de santé serait de l’ordre de 440 millions d’euros. C’est à peu près le même niveau d’effort que les deux années précédentes. D’après nos échanges avec la Cour des comptes, ces efforts semblent porter leurs fruits et contribuer à un retour à l’équilibre des établissements. Nous n’avons pas le choix et une vision à long terme s’impose. Nous devrions en effet assister à des évolutions profondes de notre système d’offre de soins dans les années à venir. Les ARS, dans le cadre des SRIS, doivent aider les établissements à faire face à ces évolutions.

M. Philippe Marini, président. – Ces objectifs d’économies, Monsieur Domy, allez-vous les atteindre ?

M. Philippe Domy. – Nous allons tout faire pour ; et ce dans une stratégie de court, moyen et long terme. Par exemple, dans l’établissement que je dirige, nous avons un déficit structurel de 20 millions d’euros et nous sommes engagés, à court terme, dans un contrat de performance pour neutraliser les causes de ce déficit. Ceci passera notamment par une baisse des effectifs de personnel de l’ordre de 400 emplois en vingt mois. C’est un impératif à respecter si l’on souhaite dégager des marges de manœuvre.

A moyen terme, il y a les démarches de projet d’établissement, en cohérence avec les projets régionaux de santé. Sur le long terme, interviennent les logiques de schéma d’investissement pluriannuel, comme dans les SRIS.

M. Philippe Marini, président. – Merci beaucoup. En effet, il est nécessaire d’être en capacité de se projeter, et dans le même temps, il est essentiel, sur le plan du climat social, d’être capable d’apporter des réponses dans le présent.

Je passe maintenant la parole au président Durrleman pour un mot de conclusion.

M. Antoine Durrleman. – Nous nous trouvons actuellement à une période où les lignes sont en train de bouger. Nous avons constaté que ce mouvement est nécessaire mais qu’il nécessite ordre et méthode pour aboutir

à l'hôpital du futur. Les CHU doivent être en situation d'anticiper les progrès et la médecine de demain, ce qui n'a pas été le cas avec les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Nous l'avons notamment observé à travers l'exemple de l'ambulatoire : le virage de l'ambulatoire, aujourd'hui érigé au rang d'objectif de politique publique, n'a pas été pris en compte à temps dans les investissements immobiliers. Dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013, nous constatons qu'actuellement, l'assurance maladie paie deux fois : d'une part en finançant le maintien d'un parc de chirurgie conventionnelle, qui ne s'est pas réduit depuis dix ans, et d'autre part en surpayant les interventions réalisées en ambulatoire. Bien sûr, des financements incitatifs peuvent avoir un sens, mais maintenir le double paiement d'activités qui pourraient se substituer l'une à l'autre ne nous paraît pas normal.

Il en va de même de l'investissement hospitalier. Aujourd'hui, il est principalement financé par l'emprunt des établissements. Cette dette est supportée par des abondements de l'assurance maladie. Mais comment sont-ils financés ? Ils sont financés, en réalité, par la dette sociale. Les déficits de l'assurance maladie sont récurrents depuis plus de vingt ans. Cette dette n'est pas consolidée ; elle est pour une bonne part encore portée, à très court terme, par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Il ne s'agit pas d'arrêter d'investir, mais d'investir sobrement et en tenant compte de la médecine de demain. C'est pour cela que nous appelons à porter notre regard vers l'étranger : l'hôpital de demain s'invente, non seulement dans les CHU français, mais aussi dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

Nous insistons aussi sur un autre point : privilégier l'investissement immobilier, surtout dans une logique de surdimensionnement, comporte un risque d'éviction par rapport à d'autres besoins hospitaliers, en particulier les besoins en équipements médicaux, en imagerie ou en systèmes d'information. Ce qui a été par le passé le parent pauvre de l'investissement hospitalier doit être aujourd'hui au cœur des CHU. Ces derniers doivent incarner le fer de lance de la médecine, conformément à la vision du professeur Robert Debré.

Pour cela, l'effort de tous est nécessaire. Dans notre rapport, nous montrons bien qu'il y a partout des exemples de bonnes pratiques : aux niveaux des administrations centrales, des ARS et des établissements. Mais la mutualisation de ces bonnes pratiques nous paraît encore insuffisante. Nous appelons donc à un pilotage raffermi. Si l'on souhaite que tous les progrès constatés convergent, ceci est nécessaire.

Je souhaiterais réagir aux propos de Philippe Domy concernant les urgences. Ce qu'il a dit est très juste, je l'ai moi-même vécu. Une réflexion est nécessaire sur l'organisation de notre système de soins : il n'est pas normal que la permanence des soins fonctionne aussi mal aujourd'hui. Comme cela

est démontré dans le dernier rapport sur la sécurité sociale, on y met beaucoup d'argent pour peu d'efficacité. De même, nous avons étudié l'an dernier, dans le rapport public annuel, la question de la prise en charge des personnes âgées et leur proportion importante aux urgences. De nombreuses expériences ont été lancées pour améliorer la prise en charge en médecine de ville de ces personnes, mais très peu ont été évaluées et aucune n'est en situation d'être généralisée.

Nous considérons que les CHU sont l'essence même de l'hospitalisation publique. Ils ont déjà beaucoup bougé mais chaque CHU ne pourra se réinventer que dans un cadre clarifié. Sinon, le risque serait que chaque communauté médicale et hospitalière se réinvente « dans son coin » si j'ose m'exprimer ainsi.

De ce point de vue, je souhaiterais saluer le rôle de la conférence des directeurs généraux de CHU. Il s'agit d'une enceinte de partage et de maturation des réflexions très importante, même si son rôle est encore insuffisant.

M. Philippe Marini, président. – Monsieur le président, je suppose, qu'à l'occasion de futures enquêtes, la Cour prendra soin de consulter les présidents des conseils de surveillance des hôpitaux. Je pense que vous avez bien noté la remarque de notre collègue Jean Germain.

En tout état de cause, le travail de la Cour des comptes est d'une grande valeur ; il s'agit d'une mise en perspective très utile des enjeux de l'immobilier hospitalier.

Au terme de ce débat, la commission a autorisé la publication de l'enquête de la Cour des comptes ainsi que du compte-rendu de la présente audition sous la forme d'un rapport d'information.

ANNEXE
COMMUNICATION DE LA COUR DES COMPTES
À LA COMMISSION DES FINANCES DU SÉNAT



**COMMUNICATION A LA COMMISSION DES FINANCES DU
SENAT**

ARTICLE 58-2° DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES DU 1ER AOUT 2001

**La gestion du patrimoine
immobilier des centres
hospitaliers universitaires
affecté aux soins**

JUIN 2013

Sommaire

Avertissement	5
Résumé	7
Principales recommandations	13
Chapitre I Un patrimoine au suivi encore insuffisant	23
I - Une absence de méthodologie partagée entre les CHU ..	23
A - Le recensement physique du patrimoine.....	24
B - La connaissance des coûts.....	25
II - Un suivi encore insatisfaisant au niveau national	29
A - Une connaissance comptable du patrimoine à fiabiliser	30
B - Le déploiement à venir de l’outil OPHELIE.....	31
Chapitre II Un levier majeur d’efficience mal utilisé	35
I - Des contraintes normatives mal assumées	35
A - Des obligations normatives croissantes	36
B - Un impact organisationnel et financier très lourd	39
C - Deux exemples : la sécurité incendie et la réduction de la consommation énergétique.....	42
II - Une contribution insuffisamment marquée à la reconfiguration de l’offre de soins	48
A - Un souci de meilleure attractivité médicale et hôtelière	49
B - Une difficile adaptation au développement des prises en charge ambulatoires.....	52
C - Des rationalisations encore trop limitées	56
D - Une difficile densification du patrimoine immobilier	60
E - Des dérives dans la conduite des opérations d’investissement	65

Chapitre III La nécessité d'une gestion immobilière plus efficace	69
I - Une approche plus stratégique et plus professionnelle au sein des CHU	69
A - Une montée préoccupante de l'endettement.	70
B - La formalisation d'une stratégie immobilière claire ...	71
C - La priorité de la maintenance	74
D - Un besoin de professionnalisme accru.....	81
II - Un pilotage national et régional plus ferme	85
A - La consolidation de l'expertise de l'ANAP	85
B - L'élargissement de la mission des agences régionales de santé.....	89
C - La définition d'une politique nationale d'ensemble	92
Conclusion générale.....	101
Annexes.....	103
Annexe 1 : Lettre du Président de la commission des finances du Sénat en date du 21 novembre 2011	105
Annexe 2 : Lettre du Premier président au Président de la commission des finances du sénat en date du 19 décembre 2012	107
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées	109
Annexe 4 : Principales notions utilisées pour décrire le patrimoine	114

Avertissement

En application de l'article L. 132-4 du code des juridictions financières de l'article 58-2° de la loi organique n° 2001-092 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), la Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des finances du Sénat par lettre du 21 novembre 2011, d'une demande d'enquête sur la gestion du patrimoine immobilier affecté aux soins des centres hospitaliers universitaires (CHU) (annexe 1), dans le prolongement d'une précédente communication transmise à cette commission sur le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins en novembre 2011.

Une réponse lui a été apportée par le Premier président de la Cour des comptes, par lettre du 19 décembre 2012 indiquant qu'un rapport d'enquête serait remis à la commission des finances le 30 juin 2013. Lors d'une réunion tenue le 18 octobre 2012 avec le rapporteur désigné par la commission sur ce sujet, le périmètre de l'enquête avait été précisé, en ont été exclues les problématiques immobilières spécifiques liées aux activités d'enseignement supérieur et de recherche conduites sur les sites des CHU.

L'enquête a été réalisée par la sixième chambre de la Cour des comptes. L'instruction s'est appuyée sur les travaux effectués dans le cadre d'une enquête notifiée le 9 novembre 2012. Elle a été conduite à partir de l'exploitation des documents existants, dont certains rapports d'observations définitives des chambres régionales des comptes établis à la suite de contrôles sur des CHU, des réponses reçues à des questionnaires, d'entretiens conduits auprès des administrations et organismes concernés, de déplacements en région dans les agences régionales de santé (ARS) et les centres hospitaliers universitaires, notamment ceux de Nantes, Tours, Toulouse, Besançon, Paris, Lyon et Marseille.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé aux administrations et aux différents établissements concernés le 19 avril 2013, soit en intégralité, soit sous forme d'extraits. La direction générale de l'offre de soins, la direction du budget et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales ont répondu respectivement le 15, le 21 et le 24 mai 2013. Les autres destinataires ont fait part également de leurs observations à l'exception de la direction générale des finances publiques et des ARS d'Île-de-France, de Midi-Pyrénées et de Franche-Comté.

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête effectuée par la Cour, a été délibéré, le 3 juin 2013, par la sixième chambre, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de MM. Picq, Babusiaux, présidents de chambre maintenus, M. Gillette, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Braunstein, Diricq, Jamet, conseillers maîtres, la rapporteure étant Mme Céline Prévost-Mouttalib, rapporteure extérieure, assistée de Mme Sylvie Apparito, attachée des juridictions financières, Mme Lévy-Rosenwald, conseillère maître, étant contre-rapporteure.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 18 juin 2013 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Lévy, Lefas et Briet et Mme Ratte, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Résumé

Les 30 centres hospitaliers universitaires (CHU) et les 2 centres hospitaliers régionaux qui sont comptabilisés avec eux assurent 21 % de l'activité hospitalière totale. Depuis le début des années 2000, leur patrimoine immobilier affecté aux soins, qui représente près du quart du total du patrimoine hospitalier (13,3 millions de m² de surface construite, au regard d'un total de 60 millions de m² pour l'ensemble des établissements publics de santé), a connu une forte modernisation, encouragée notamment par les deux plans Hôpitaux 2007 et 2012. Cette dynamique s'est traduite par une très importante augmentation des dépenses d'investissement, qu'il s'agisse des investissements immobiliers eux mêmes ou des équipements qui les accompagnent (18 Md€ sur la période 2003 – 2011, avec un pic des dépenses de 2,4 Md€ en 2009).

La Cour a cherché à apprécier si les CHU avaient saisi l'occasion de cet effort considérable d'investissement pour s'engager dans une dynamique globale de meilleure efficacité.

1 - Le suivi du patrimoine des CHU est encore insuffisant

Les données existantes dans les CHU ne sont pas recensées selon une méthodologie partagée de telle sorte qu'elles sont trop peu comparables entre elles. Le ministère de la santé apparaît très démuné et dépendant des informations qui lui sont fournies par les établissements.

Les CHU suivent leur patrimoine affecté aux soins, grâce à leurs outils d'inventaire et de gestion technique. Ces démarches propres à chaque établissement se heurtent cependant à l'absence de cadre méthodologique commun. Ils n'appréhendent par ailleurs pas leurs opérations d'investissement en coût global, qui permet de chiffrer de façon prévisionnelle l'ensemble des coûts d'un bien immobilier pendant toutes les phases de son cycle de vie.

Par ailleurs, le ministère de la santé ne dispose pas de données d'inventaire sur ce patrimoine. La mise en œuvre de la démarche de fiabilisation des comptes en vue de leur certification devrait améliorer la qualité de ceux-ci en vue de donner une image fidèle de la situation du patrimoine des CHU. Les travaux conjoints entre ordonnateurs et comptables doivent cependant encore être intensifiés. L'outil OPHELIE d'inventaire et de pilotage du patrimoine hospitalier ne pourra devenir un « observatoire du patrimoine immobilier » que pour autant que l'ensemble des CHU soit associé à sa mise en place.

2 - La gestion du patrimoine immobilier affecté aux soins représente un levier majeur d'efficience pour les CHU qui a été mal utilisé

Les très nombreuses contraintes normatives, complexes et coûteuses, qui s'imposent à eux sont mal assumées. Pour ne citer qu'un exemple, 16 % des bâtiments hospitaliers des CHU ont reçu un avis défavorable d'exploitation par la commission sécurité-incendie ; ils continuent à fonctionner moyennant la mise en œuvre de mesures compensatoires. L'implication des autorités de tutelle dans les travaux préparatoires à l'élaboration des normes pouvant impacter l'hôpital ainsi que les outils de connaissance des normes nécessitent d'être renforcés.

Les CHU n'ont qu'insuffisamment utilisé l'important effort d'investissement dont ils ont bénéficié pour adapter leur patrimoine aux évolutions de l'offre de soins. Les opérations de construction-reconstruction ont d'abord permis de conserver ou de renforcer l'attractivité médicale et le confort hôtelier, certains bâtiments ne répondant plus aux standards actuels et offrant des conditions d'hébergement inadaptées.

Les CHU n'ont pris que tardivement le « virage de l'ambulatoire ». Certaines opérations immobilières récentes ignorent cette évolution majeure des conditions de prise en charge tandis que d'autres prévoient des unités de chirurgie ambulatoire multidisciplinaires et dédiées. Les CHU sont aussi confrontés à la nécessité d'adapter leur patrimoine immobilier aux évolutions d'organisations internes en cours ou à venir, telles que la réorganisation en pôles, la mutualisation des plateaux médico-techniques ou le regroupement des fonctions logistiques. Sur ce point, les opportunités de mutualisation avec d'autres établissements ou de regroupement des fonctions logistiques au sein des établissements doivent être davantage explorées.

Les CHU n'ont pas, pour autant, tiré toutes les conséquences de ces évolutions et l'enjeu de densification des surfaces est très insuffisamment pris en compte. Le nombre de lits conventionnels n'a pas été diminué à l'occasion du développement d'unités de prise en charge ambulatoire ; de même, les regroupements de blocs opératoires n'ont pas conduit à leur réduction. Les projets d'établissement des CHU n'ont qu'exceptionnellement intégré un objectif de diminution des capacités et des surfaces.

Les opérations immobilières de la dernière décennie n'ont ainsi pas permis, autant qu'il aurait été possible, la rationalisation et la réorganisation de l'offre de soins et le dégagement de gains d'efficience au sein des établissements. Le poids accru des contraintes normatives

s'est plus accompagné de la mobilisation de moyens techniques et financiers pour une mise en conformité toujours incomplète que d'une réflexion stratégique en termes de restructuration en profondeur ou de libération de sites. Le développement des prises en charge ambulatoires, la mutualisation des plateaux médico-techniques, le regroupement des fonctions logistiques, la densification des surfaces existantes et leur diminution n'ont pas été, tant s'en faut, aussi activement recherchés qu'il aurait été indispensable pour que l'assurance maladie soit assurée d'un retour d'investissement effectif et rapide en contrepartie des considérables financements complémentaires qu'elle a apportés dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 et qui continueront à peser sur elle encore longtemps au travers du remboursement de la dette hospitalière.

3 - L'efficacité de la gestion immobilière doit être accrue par une plus grande formalisation de leur stratégie par les CHU et par un pilotage plus ferme de la part des instances régionales et nationales

La question immobilière représente un fort enjeu financier. Pour financer leurs importants investissements des dix dernières années, les CHU ont massivement recouru à l'emprunt, avec pour conséquences un fort niveau d'endettement et une moindre capacité à financer leurs besoins d'investissements futurs. Ainsi, de 2003 à 2011, l'encours de la dette des CHU a progressé de 250 %, pour atteindre près de 10 Md€ en 2011.

La stratégie immobilière des CHU est précisée de manière très variable dans le projet d'établissement et, plus rarement, formalisée dans un schéma (ou plan) directeur immobilier, ce dernier n'étant pas un document obligatoire. La Cour renouvelle sa recommandation sur la nécessité de rendre obligatoire l'élaboration d'un schéma directeur immobilier pour les établissements publics de santé.

L'attention portée aux questions de maintenance doit devenir prioritaire. L'intégration de cet aspect dans la conception des projets immobiliers est encore très récente. Les CHU ont défini une politique de maintenance de leurs bâtiments et équipements techniques, dont la gestion est externalisée pour partie et nécessite une évolution des compétences internes. L'accent mis sur la maintenance préventive doit être poursuivi.

La maîtrise d'ouvrage au sein des CHU, même si elle recourt à une assistance extérieure, doit être dotée d'une organisation et de compétences à la hauteur de la technicité des opérations à conduire. Elle

ne peut se concevoir qu'en lien étroit avec les directions stratégiques des établissements.

La politique immobilière des CHU est ainsi à mettre sous contrainte généralisée de recherche d'une plus grande contribution à la dynamique d'efficacité que ces établissements n'ont pas encore suffisamment enclenchée.

Les efforts demandés aux CHU doivent d'inscrire dans une stratégie nationale plus clairement affirmée.

Celle-ci doit tout d'abord s'appuyer sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui a développé des outils de parangonnage qui pourraient cependant utilement intégrer des comparaisons internationales. Dans la continuité de ces travaux, OSCIMES (Observatoire des Surfaces et Coûts Immobiliers des Etablissements de Santé) constituera un référentiel de coûts et des surfaces de la construction hospitalière, auquel la DGOS et les ARS doivent avoir un accès complet et non pas sous condition comme actuellement.

Les ARS doivent s'affirmer dans leur rôle de pilotage et de régulation de l'immobilier hospitalier. Elles doivent être dotées de leviers juridiques complémentaires à l'examen du plan global de financement pluriannuel, leur permettant de s'assurer de l'adéquation d'un projet d'investissement au regard des besoins de soins et de l'offre au niveau régional.

Au niveau national, une stratégie immobilière hospitalière, visant à sortir de la logique des plans, doit être adoptée par le ministère de la santé. Les premières mesures prises visent essentiellement à maîtriser le flux des nouveaux engagements financiers des établissements. Elles se sont traduites par le gel de la seconde tranche du plan hôpital 2012 puis par un encadrement du recours à l'emprunt des établissements en difficultés financières. L'instauration d'une procédure de contre-expertise des dossiers d'investissements sous l'égide du commissariat général à l'investissement et la création du comité interministériel de la performance et de la modernisation (COPERMO) de l'offre de soins vise à instaurer une plus grande sélectivité des opérations à financer.

Pour autant, tout risque de nouvelle dérive dans les investissements hospitaliers ne paraît pas écarté.

L'élaboration à venir des schémas régionaux d'investissement en santé doit constituer un progrès s'ils permettent d'inscrire l'examen des projets d'investissements dans une analyse de l'offre et des besoins régionaux. Ils doivent être adoptés dans un calendrier réaliste sous peine de conduire de nouveau à l'autorisation de projets inaboutis ou non prioritaires.

De la même façon, l'annonce par les pouvoirs publics d'une relance de l'investissement hospitalier ne doit pas être interprétée comme un signal d'une nouvelle vague d'opérations de constructions quand les établissements sont appelés à recentrer leurs efforts de gestion et de financement sur la rationalisation et la maintenance du patrimoine existant.

La relance annoncée de l'investissement hospitalier suppose ainsi une extrême vigilance des tutelles nationale et régionales dans l'élaboration des nouveaux schémas régionaux d'investissements en santé, de telle manière que leur approche soit rigoureuse et sélective, sauf à s'exposer au risque que ne se renouvellent les errements du passé. À cet égard, une coordination étroite entre le commissariat général à l'investissement, le nouveau COPERMO et les ARS, tous chargés à titres divers d'évaluer et d'expertiser les projets d'investissements hospitaliers, constitue également un enjeu majeur.

C'est dans ce cadre de cohérence que ceux-ci pourront être un levier décisif pour permettre des économies effectives et des gains d'efficience que les CHU ont trop tardé à dégager. Plus de sélectivité dans les choix de priorités, plus d'évolutivité dans la conception des programmes, plus de rapidité dans la réalisation des opérations, en sont les conditions impératives.

Principales recommandations

On trouvera ci-dessous, ordonnées selon leurs destinataires, les différentes recommandations formulées par la Cour à l'issue des constats effectués à l'occasion de la présente enquête. La numérotation figurant à la suite de chacune d'entre elles renvoie à l'ordre de leur formulation au fil du rapport.

Pour les CHU :

Optimiser le patrimoine immobilier :

- déterminer, pour tout projet d'investissement visant à la création d'unités dédiées à l'ambulatoire, un objectif cible de réduction des surfaces et des lits dédiés à la chirurgie conventionnelle (recommandation 4).

Piloter leur stratégie immobilière :

- intensifier les travaux conjoints entre directeurs généraux et agents comptables de préparation à la certification des comptes des CHU, en les axant notamment sur le correct suivi des immobilisations (recommandation 1) ;
- rendre obligatoire, pour les CHU, la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier (recommandation 8).
- intégrer, dans les schémas directeurs immobiliers des CHU, les opérations de mise en conformité à réaliser sur les bâtiments hospitaliers existants (nature, coût, priorisation) ainsi qu'un volet performance énergétique comprenant des objectifs précis et un calendrier cible pour 2020 (recommandation 6) ;

Pour le ministère de la santé et les ARS :

Mettre en œuvre une politique immobilière hospitalière exigeante:

- conditionner strictement les aides à l'investissement hospitalier à des diminutions de capacité, à des réductions de surface et à des gains de productivité précisément documentés (recommandation 3) ;
- utiliser, dans le cadre de l'évaluation et de l'éventuelle contre-expertise des projets d'investissement, une grille d'évaluation contenant des critères éliminatoires (recommandation 13).
- publier rapidement les arrêtés visant à préciser l'article D. 6145-64 du code de la santé publique relatif au programme d'investissement (recommandation 11) ;

Conforter le positionnement des ARS :

- donner les moyens juridiques aux ARS leur permettant de s’opposer à un projet d’investissement dont l’objet ou le dimensionnement ne sont pas conformes aux orientations régionales de l’offre de soins ou dont les gains d’efficience qu’il autorise sont insuffisants (recommandation 10).
- élaborer un schéma régional immobilier hospitalier à caractère opposable, articulé avec le projet régional de santé, dans un calendrier réaliste, en s’appuyant sur un état des lieux préalable (recommandation 9).

Disposer rapidement d’outils de connaissance nationale du patrimoine immobilier :

- associer rapidement l’ensemble des CHU au projet OPHELIE, outil national d’inventaire du patrimoine, afin de lever les éventuels obstacles à son déploiement (recommandation 2) ;
- conférer, au ministère de la santé et aux ARS, un accès libre à OSCIMES, nouvel outil d’observation des coûts de la construction hospitalière (recommandation 12) ;

Veiller à l’impact des normes sur les hôpitaux :

- mutualiser les expertises hospitalières en matière de normes pour contribuer plus activement au processus d’élaboration de celles qui ont un impact sur les établissements de santé (recommandation 5) ;
- mettre à jour le « guide d’accès à la réglementation et aux recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé » (recommandation 7).

Introduction

Créés par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont des centres hospitaliers régionaux qui ont passé une convention avec une ou plusieurs universités ayant une unité de formation et de recherche de médecine.

Les 30 CHU - auxquels on rattache traditionnellement les deux centres hospitaliers régionaux d'Orléans et Metz-Thionville - rassemblent ainsi des fonctions de soins, d'enseignement et de recherche. De taille importante, implantés le plus souvent dans les chefs-lieux de région, ils dispensent à la fois des soins complexes et hautement spécialisés et des soins courants à la population résidant dans leur zone d'attraction.

Ils offraient, en 2009, 17 % des capacités d'hospitalisation complète et 12 % des places d'hospitalisation à temps partiel. Leur activité est centrée sur la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour laquelle ils disposent de 36 % des lits. Avec 2,4 millions de séjours réalisés en hospitalisation complète, ils réalisent 25 % des séjours de médecine, 17 % des séjours de chirurgie, et 16 % de ceux en obstétrique. Ils assurent environ un tiers des consultations externes (près de 20 millions) et un cinquième des passages aux urgences (près de 4 millions). Au total avec 45 000 médecins et internes et 233 000 autres agents toutes catégories confondues - dont 164 000 soignants -, ils représentent environ 21 % de l'activité hospitalière et 41,5 % des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie au titre des établissements publics de santé.

Les activités d'enseignement et de recherche des CHU

Les centres hospitaliers universitaires exercent une triple mission de soins, d'enseignement, et de recherche. Pour l'exercice de ces deux dernières missions, ils sont liés par convention à 36 facultés de médecine, 24 de pharmacie et 16 d'odontologie.

Ils participaient notamment à ce titre en 2009 à la formation médicale de près de 34 000 étudiants de la deuxième à la sixième année et de plus de 17 000 internes. Ils disposent pour cet enseignement de 8 372 médecins appartenant à la fois au CHU et à l'université. Plus de 40 000 étudiants paramédicaux sont inscrits dans leurs 258 instituts de formation spécialisés.

Au-delà des très nombreuses unités de recherche de l'INSERM et du CNRS implantées sur leurs sites, les CHU développent une considérable activité de recherche clinique. Leurs équipes ont notamment ainsi en 2011 signé près de 18 000 publications, promu près de 2000 études cliniques, participé à plus de 300 programmes hospitaliers de recherche clinique.

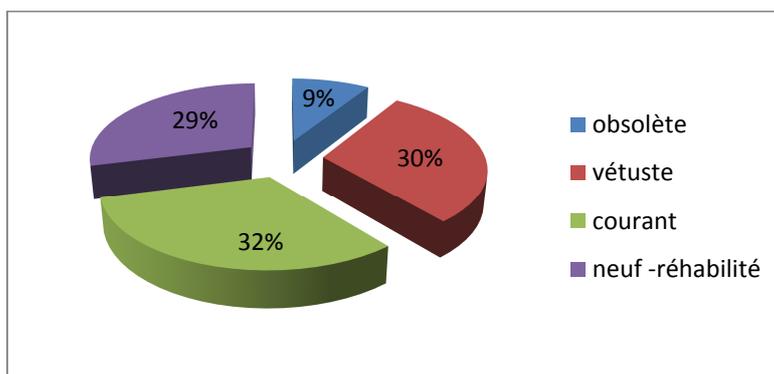
Le patrimoine affecté aux soins dont les CHU disposent, selon les données du ministère de la santé, représente 13,3 millions de m² de surface construite², au regard d'un total de 60 millions de m² pour l'ensemble des établissements publics de santé, soit près du quart de l'ensemble.

Issus d'une histoire souvent multi-séculaire, qui a amené à multiplier au fil du temps sur des sites souvent mal adaptés, des extensions, adjonctions, surélévations selon une logique opportuniste et sans cohérence d'ensemble, les CHU sont plus encore que les autres établissements de santé confrontés à des impératifs de modernisation. La nécessité d'améliorer les conditions d'accueil des patients, la pression des normes tant techniques que médicales, le besoin d'intégrer de nouveaux équipements, la nécessité d'une meilleure efficacité économique se conjuguent pour accélérer l'obsolescence de locaux souvent mal construits et mal entretenus dont la reconfiguration apparaît souvent aussi coûteuse que peu fonctionnelle. Sans préjudice des contraintes liées parfois à leur classement : près de la moitié des CHU possèdent des bâtiments classés monuments historiques ou inscrits à l'inventaire supplémentaire.

Selon un état des lieux partiel réalisé en 2001 par la conférence des directeurs généraux de CHU³, si 29 % du parc immobilier était alors répertorié comme neuf ou réhabilité (moins de 5 ans) et 32 % en état courant (5 à 15 ans), 30 % était ainsi à considérer comme vétuste (15 à 30 ans) et 9 % comme obsolète (supérieur à 30 ans), comme le montre le graphique suivant.

² *Surface construite* : surface hospitalière comprenant les soins, l'hébergement, les écoles, les logements et bâtiments divers (la logistique, l'administration, etc.).

³ Portant sur 22 CHU et 5,5 millions de m².

Graphique n° 1 : état estimé du patrimoine des CHU en 2001

Source : Conférence des directeurs généraux de CHU

Cette situation a conduit à ce que ces établissements soient particulièrement concernés par la relance de l'investissement immobilier décidé dans le cadre du plan Hôpital 2007 par les pouvoirs publics sur la période 2003-2007, puis prolongée par le plan Hôpital 2012 pour les années 2007-2012. La technicité particulière des soins et des équipements rendant parfois une mise à niveau quasi impossible, ont été alors privilégiées de nouvelles constructions ou des rénovations lourdes.

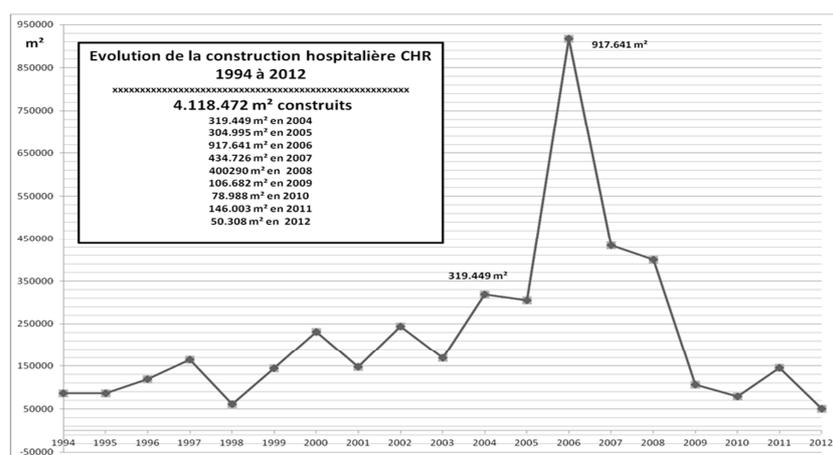
Les plans Hôpitaux 2007 et 2012

Le plan Hôpital 2007, initié fin 2002 par le ministre de la santé, était conçu comme un plan de modernisation et d'accompagnement de l'offre de soins hospitalière. Il regroupait plusieurs volets dont la mise en place de la tarification à l'activité et un programme de relance de l'investissement hospitalier sur la période 2003-2007. Il avait été fondé sur différentes études, dont l'une, assez peu précise cependant, estimait que la réhabilitation ou la reconstruction des bâtiments des CHU demandait entre 5,6 et 6,5 Md€ à un horizon de cinq ans. Il prévoyait d'allouer aux établissements de santé, sous diverses formes (subventions, mais principalement aides à l'exploitation permettant le financement de remboursement d'emprunts) 6 Md€ sur 5 ans pour permettre d'augmenter de 30 % leur effort d'investissement et de ramener ainsi de 13 à 8 ans le délai nécessaire pour mettre à niveau leur patrimoine. Fin 2007, le montant total des investissements effectués dans le cadre de ce programme était estimé à plus de 16 Md€.

Le plan Hôpital 2012, lancé en 2008, avait pour objectif de prolonger cette dynamique d'investissement sur la période 2008-2012, en mobilisant un effort de 10 Md€ grâce à l'apport de 5 Md€ d'aides, essentiellement pour faciliter le remboursement d'emprunts, avec un objectif de 85 % des montants consacrés au secteur immobilier. Seule sa première tranche, qui concernait à hauteur de 72 % l'immobilier affecté aux soins, a été toutefois mise en œuvre, eu égard aux difficultés financières de beaucoup d'établissements et à la considérable progression de la dette hospitalière liée à ces deux plans.

Le graphique ci-après met en lumière la dynamique immobilière très forte qu'ont connue les CHU à la suite de ces mesures, ces établissements ayant été en particulier les principaux bénéficiaires des aides directes attribuées dans le cadre du plan Hôpital 2007⁴.

Graphique n° 2 : évolution de la construction des CHU de 1994 à 2012



Source : direction générale de l'offre de soins (DGOS) (données Sit@del)

Poussé par cette dynamique, les dépenses d'investissement des CHU ont ainsi doublé entre 2003 et 2009.

Sur la période 2003 (date de lancement du plan Hôpital 2007) - 2011, les dépenses d'investissement des CHU ont représenté un total de 18 Md€. Le pic des dépenses a été atteint en 2009 avec 2,4 Md€

⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2009*, Chapitre VI. Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers. La Documentation française, septembre 2009, disponible sur www.ccomptes.fr

d'investissement. Une décroissance (- 9 %) a été amorcée en 2010 et s'est poursuivie, de façon moindre, en 2011 (- 5%) :

**Tableau n° 1 : dépenses d'investissement des CHU de 2003 à 2011
(en M€)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dépenses d'investissement	1 283	1 621	1 772	2 059	2 128	2 313	2 447	2 227	2 112
<i>Dont dépenses immobilières</i>						1 261	1 370	1 255	1 174
<i>% des dépenses totales d'investissement</i>						55 %	56 %	56 %	56 %

Source : direction générale des finances publiques (DGFIP)

Il n'est pas possible d'isoler les dépenses strictement immobilières avant 2008. À compter de cette date, on note qu'elles représentent, chaque année, plus de la moitié des dépenses totales d'investissement.

Dans ce contexte, la Cour a cherché à apprécier si cet effort considérable d'investissement s'était accompagné de l'enclenchement d'une dynamique globale de meilleure efficacité. Elle a ainsi examiné les stratégies mises en place par les CHU dans la période récente pour relever tous les multiples enjeux attachés à la modernisation de leur parc immobilier et analysé l'accompagnement dont ils ont pu bénéficier tant de la part de l'administration centrale que par les agences régionales de santé.

Les CHU forment cependant un ensemble très varié : leurs différences de taille, d'activités, de positionnement géographique, les rendent peu aisément comparables entre eux. C'est pourquoi la Cour a retenu un échantillon restreint, mais représentatif de leur diversité. Elle a examiné ainsi plus particulièrement la situation de sept d'entre eux, trois importants : l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL), et l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM), deux intermédiaires (Nantes et Toulouse), deux plus

petits (Tours et Besançon), au sein desquels certaines opérations récentes ont été plus particulièrement analysées⁵.

Tableau n° 2 : les 7 CHU retenus par la Cour

CHU	ETP ⁽¹⁾	Lits	Places ⁽²⁾
Paris	82 146	21 381	1 923
Lyon	19 194	4 930	477
Marseille	14 182	2 877	445
Nantes	9 368	2 647	381
Toulouse	12 208	2 334	393
Tours	6 783	1 705	280
Besançon	5 157	1 198	120

Source : statistique annuelle des établissements 2011 (SAE 2010 pour le CHU de Nantes)

(1) Équivalent temps plein non médicaux salariés + ETP médicaux et internes

(2) Places médecine chirurgie obstétrique + soins de suite et de réadaptation + psychiatrie

La présente communication⁶ examine dans une première partie les modalités de suivi du patrimoine hospitalier des CHU pour constater son caractère encore insuffisant.

Elle s'attache dans une deuxième partie à analyser la contribution qu'a pu apporter, dans la période récente, le considérable effort

⁵ À l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris : le bâtiment Laennec sur le site de l'hôpital Necker ;

Aux Hospices civils de Lyon : l'hôpital femme-mère-enfant sur le site du groupement hospitalier Est et la clinique de médecine ambulatoire de l'hôpital Édouard Herriot ;

À l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille : le bâtiment médico-technique sur le site de la Timone et la plate-forme logistique ;

Au CHU de Nantes : le plateau technique médico-chirurgical et l'opération de remise aux normes de l'Hôtel-Dieu ;

Au CHU de Toulouse : la clinique Pierre Paul Riquet sur le site de l'hôpital Purpan et le bâtiment H3 sur le site de Ranguel ;

Au CHU de Tours : le nouvel hôpital Bretonneau ;

Au CHU de Besançon : le nouveau bâtiment sur le site de l'hôpital Jean Minjoz.

⁶ Les constats tirés de cette enquête sont pour l'essentiel spécifiques aux CHU, à la fois du fait du type et du volume des travaux qu'ils sont amenés à réaliser et par les compétences et les savoir-faire qu'ils sont en mesure de mobiliser en interne pour les mener à bien. Un certain nombre d'observations sur les outils utilisés, le pilotage interne, la capacité des équipes à mener ou à superviser des opérations complexes ne peut pas être transposé aux établissements publics de santé de moindre importance. Le bénéfice attendu des procédures ou des outils nationaux sont aussi probablement moins importants pour les CHU qui, tous, présentent une expérience et un savoir-faire significatifs, renforcés dans le cadre du réseau qu'ils ont créé entre eux.

d'investissement engagé à l'amélioration de l'efficacité des CHU pour conclure que ce levier majeur a été mal utilisé.

Elle cherche enfin à préciser dans quelle approche de cohérence globale doivent s'inscrire les CHU et leurs tutelles nationale et régionales pour que, dans le contexte d'une relance annoncée de l'investissement hospitalier pour la décennie à venir, leur gestion immobilière devienne nettement plus efficace et que ne risquent pas de se renouveler les errements du passé.

Chapitre I

Un patrimoine au suivi encore insuffisant

Si les CHU connaissent de manière relativement détaillée leur patrimoine immobilier, mais sans cadre partagé, le ministère de la santé et les agences régionales de santé (ARS) restent tributaires des données fournies ponctuellement par les établissements en l'attente du déploiement d'un outil national d'inventaire et de pilotage, comme de l'amélioration indispensable des données comptables que permettra la certification prochaine des comptes hospitaliers.

I - Une absence de méthodologie partagée entre les CHU

Chacun des CHU s'est progressivement doté d'une panoplie d'outils informatiques de connaissance et de gestion de son patrimoine affecté aux soins, qui leur permet notamment de tenir l'inventaire des biens, de suivre son évolution, d'en assurer la maintenance. L'absence d'homogénéité de ces données donne cependant à la vision consolidée que cherchent à en donner certaines instances hospitalières un caractère peu fiable.

A - Le recensement physique du patrimoine

À partir de la réalisation d'un inventaire physique de leur patrimoine⁷, les CHU ont informatisé leurs données, y compris en numérisant les plans des bâtiments. Ces bases de données sont mises à jour régulièrement selon les évolutions impactant le patrimoine (acquisition, cession, construction, réaménagement). Tous les CHU de l'enquête ont ainsi été en mesure de préciser les surfaces affectées aux soins en termes de localisation, de métrage et d'état (âge, historique des travaux ou modifications).

Ces données informatisées peuvent ensuite être traduites sous forme de supports plus élaborés, comme l'a fait le CHU de Toulouse en produisant un « atlas du patrimoine », pour les bâtiments les plus récents toutefois. Cet atlas est composé des fiches bâtementaires rassemblant les éléments clés permettant une compréhension rapide de la nature du bâti, des plans par niveau et des tableaux de synthèse. Ce document permet de disposer d'une base de connaissance partagée en interne, facilement accessible et utile en particulier lors de réflexions sur l'évolution future des espaces.

Par ailleurs, l'utilisation largement généralisée d'outils d'aide à la gestion technique⁸ renforce la connaissance de l'état du parc, au-delà du seul bâti. Ils permettent notamment de superviser l'ensemble des équipements qui y sont installés : alimentation électrique, éclairage, chauffage, ventilation ou climatisation, plomberie, mais aussi équipements concourant aux soins comme notamment les réseaux de gaz médicaux. De manière complémentaire, la gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) permet une meilleure supervision des travaux de maintenance sur les biens immobiliers et sur leurs équipements structurants.

Si les CHU ont ainsi mis en place des outils dédiés, qui leur permettent individuellement d'avoir désormais un recensement précis de leur patrimoine affecté aux soins et qui facilitent son suivi, l'homogénéité des données recueillies d'un CHU à l'autre n'est pas assurée, faute qu'un cadre commun ait été défini.

⁷ Les unités de mesure utilisées par les établissements de santé sont présentées en annexe 4.

⁸ GTB : gestion technique des bâtiments, GTC : gestion technique centralisée.

B - La connaissance des coûts

Approcher la question du coût dans le domaine de l'immobilier nécessite d'en définir les différentes notions⁹, même si celles-ci sont parfois utilisées dans des acceptions différentes selon les acteurs.

Principaux coûts

Le « **coût de l'investissement** » (ou « coût de de l'opération ») : il s'agit de l'ensemble des dépenses engagées depuis l'origine du projet jusqu'à la réception définitive, après arrêté du décompte général définitif de toutes les entreprises ayant participé à la conception, la réalisation et la mise en service de l'opération. Les principaux postes du coût de l'investissement peuvent être décomposés de la manière suivante :

- les *coûts d'études* comprenant toutes les dépenses préparatoires à la réalisation du projet telles que les études pré-opérationnelles (opportunité et faisabilité), les études de programmation, les études techniques préalables, les relevés topographiques, les sondages et les essais géo-techniques et hydro-géologiques, les expertises diverses, les études d'impact sur l'environnement, les dépenses liées aux procédures, les honoraires de maîtrise d'œuvre, de conception et de réalisation ;

- les *coûts d'accompagnement* comprenant le cas échéant, les dépenses liées au recours à une tierce personne pour prendre en charge une part plus ou moins importante de la fonction de maîtrise d'ouvrage (mandat, conduite d'opération, AMO-assistance à maîtrise d'ouvrage, etc.), la rémunération des organismes de contrôle ;

- les *coûts du foncier* dans lesquels on retrouve, selon les cas, la charge foncière, les coûts de libération des emprises, les coûts éventuels de dépollution des terrains, les coûts de mise en viabilité générale du terrain ;

- les *coûts de travaux* : les coûts initiaux résultant des marchés d'entreprises (terrassements et infrastructures, gros œuvre, clos-couvert, second œuvre, lots techniques, décoration intérieure, espaces verts), les coûts complémentaires résultant des modifications en cours de travaux.

Tout au long du cycle de vie de l'immobilier, le propriétaire doit également faire face à des « coûts différés » que sont principalement les coûts d'exploitation et les coûts de maintenance.

Les « **coûts de maintenance** » sont liés à la conservation en bon état de marche du bâtiment et des installations techniques :

⁹ Cf. Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques. *Étude sur les Ouvrages publics et coût global*. Janvier 2006.

- les *coûts d'entretien* courant et de maintenance préventive : le petit entretien (ex : serrurerie, petite plomberie), les visites périodiques de contrôle, les diagnostics, le personnel de maintenance technique, les contrats passés à des prestataires extérieurs pour la maintenance des installations techniques (ex : chauffage, climatisation, ventilation), les consommables techniques ;

- les *coûts de maintenance corrective* : coût des travaux suite à des incidents pannes ou défaillances ;

- les *coûts de gros entretien* (ou de grosses réparations) et de renouvellement d'équipements, y compris la maîtrise d'œuvre liée (ex : ravalement de façade, changement de menuiseries extérieures, réfection de toitures ou d'étanchéité de terrasse, changement de chaudière, etc.).

Les « **coûts d'exploitation** » sont liés au fonctionnement des ouvrages et des équipements dans des conditions définies de sécurité, sûreté, propreté, hygiène¹⁰, confort et économie :

- les *coûts d'exploitation technique* : les consommations d'énergie et autres fluides (eau, gaz, fioul, etc.) ;

- les *coûts d'exploitation fonctionnelle* : dépenses nécessaires au fonctionnement de l'immeuble en tant que support d'une activité définie (accueil, standard, gardiennage, hygiène et propreté, entretien des espaces verts, etc.).

L'approche en « coût complet » ou « coût global »

L'approche en « coût complet » ou « coût global » permet de prendre en compte les coûts d'un projet de construction au-delà du simple investissement, en s'intéressant à son exploitation, à sa maintenance, au remplacement des équipements ou des matériaux, voire à la déconstruction du bâtiment. Il s'agit de chiffrer de façon prévisionnelle l'ensemble des coûts d'un bien immobilier pendant toutes les phases de son cycle de vie.

On estime en effet que, pour les bâtiments du secteur tertiaire, le coût d'investissement d'une opération ne représente que 25 % du coût total, 75 % de la dépense s'effectuant au cours de la vie du bâtiment¹¹.

¹⁰ En 2013, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements hospitaliers et médico-sociaux (ANAP) a actualisé son outil d'évaluation du coût du poste de nettoyage des locaux et de la vitrerie dans le cas d'une externalisation complète de la prestation. Celui-ci permet à un établissement de faire des comparaisons avec son organisation actuelle ou, dans le cas d'un projet immobilier, d'anticiper l'enveloppe financière à prévoir pour les dépenses de nettoyage.

¹¹ Source : étude précitée de la mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques.

Le type de choix réalisés au moment de la programmation par l'équipe du maître d'ouvrage s'avère primordial. L'approche en coût global consiste à évaluer l'impact de ses choix à l'échelle de plusieurs dizaines d'années. La démarche en coût global permet également de valoriser les choix en faveur de l'environnement ou des économies d'énergie d'une opération pour laquelle un surcoût à l'investissement peut exister par rapport à une opération « classique ». En effet, cette vision à long terme permet de mettre en lumière les économies futures lors de l'exploitation du bâtiment.

1 - Un suivi assez complet des coûts d'exploitation et de maintenance

Les CHU connaissent et suivent leurs dépenses d'exploitation et calculent leurs coûts au travers d'indicateurs tels que la consommation d'eau par m² ou par lit, le coût de l'électricité au m². Ces derniers sont en croissance continue, notamment en raison de la progression des coûts de l'énergie, mais également en raison de certains choix architecturaux qui n'ont pas nécessairement pleinement intégré, même dans des opérations peu anciennes, les nécessités d'une meilleure maîtrise de ces dépenses : l'importance des parois vitrées et l'ampleur des rues hospitalières et des halls, qui sont les caractéristiques partagées de nombreux bâtiments hospitaliers depuis une vingtaine d'années, peuvent jouer défavorablement à cet égard.

En revanche, les dépenses de maintenance apparaissent relativement faibles, rapportées au montant total des charges des établissements.

Des dépenses de maintenance globalement peu élevées

Au CHU de Toulouse, en 2012, le coût de la maintenance (fournitures et sous-traitances, hors dépenses de personnel) a atteint 10,2 M€. Si l'on ajoute le coût des personnels chargés de la maintenance, le montant total des dépenses a atteint 17,8 M€. Sur un budget global du CHU (total de la classe 6) de 1 Md€, la maintenance représente donc environ 1 % des charges.

Les dépenses de maintenance du CHU de Nantes ont atteint 9,4 M€ en 2011 (dont 56 % de dépenses de personnel), soit 1,2 % des charges.

Celles de l'AP-HM ont atteint un montant total de 19 M€ en 2011 (dont 47 % de dépenses du personnel) soit 1,5 % du total des charges.

D'un établissement à l'autre, les données de coûts ne sont cependant pas toujours comparables car dépendantes, par exemple, de choix de comptabilisation variables. La conférence des directeurs généraux de CHU utilise cependant, au travers de son enquête périodique relative aux coûts d'exploitation technique, une méthodologie commune, mais les résultats de cette enquête, à laquelle seule la moitié des établissements a répondu, doivent cependant être pris avec précaution.

Les coûts d'exploitation technique 2010 calculés par le réseau des CHU¹²

Le coût de maintenance totale¹³ (hors sécurité incendie) ressort, en moyenne, à 25 €/m² pour la Surface Dans Œuvre (SDO) dont la moitié correspond au coût de maintenance externe. Ce coût moyen est relativement stable depuis l'enquête précédente (26 €/m² SDO en 2006). Les résultats par établissement font apparaître quelques disparités : la majorité des CHU se situe dans une fourchette de 21 € à 29 €/m² SDO mais l'AP-HM a un coût de 31 €/m² SDO et le CHU de Rennes de 18 €/m² SDO.

Des coûts de maintenance trop faibles peuvent traduire un entretien insuffisant des bâtiments hospitaliers entraînant un risque de dégradation de leur état plus rapide et, *in fine*, une augmentation des dépenses d'investissement. À l'inverse, des coûts de maintenance élevés peuvent être le résultat d'une absence de maîtrise de la politique de maintenance et des dépenses afférentes.

S'agissant des dépenses d'investissement maintenance¹⁴, une grande diversité des résultats ressort de l'enquête : la moyenne s'établit à 10,19 € par an/m² mais l'écart va de 4,04 € à 22,56€. Ces disparités sont

¹²16 CHU ont participé à l'enquête de 2010 mais tous les CHU n'ont pas rempli l'intégralité des items.

¹³Ces coûts recouvrent les coûts de maintenance interne et externe ainsi que les coûts d'exploitation : ils intègrent l'électricité, la plomberie, le traitement de l'eau, le chauffage, la serrurerie, la maçonnerie, la peinture, la menuiserie, les espaces verts, la téléphonie, le thermique, les ascenseurs, les groupes électrogènes, l'alimentation de secours, les gaz médicaux, les appels malades-courants faibles, les portes et barrières automatiques, le nettoyage des réseaux, le contrôle réglementaire des installations.

¹⁴Relevant de la classe 2 (immobilisations) dans l'instruction comptable M21, elles regroupent les dépenses d'entretien ou de renouvellement des infrastructures techniques : électricité, téléphonie, appels malades, installations thermiques, chauffage, ascenseurs-monte-charge, groupes électrogènes, gaz médicaux, radiocommunication, gestion technique centralisée, eau-assainissement, divers matériels techniques, etc.

justifiées par le nombre de constructions neuves en cours, ce type de dépenses étant alors intégré aux travaux du bâtiment. On peut cependant également supposer qu'elles trouvent leur source, dans certains cas, dans les différences de pratiques de comptabilisation. Certains établissements peuvent en effet comptabiliser en classe 6 des dépenses (charges d'entretien courant) relevant normalement des immobilisations en classe 2 (dépenses de gros entretien). Cette moyenne est en forte progression depuis l'enquête de 2006 (5,88 €/m²).

L'enquête fait aussi apparaître une progression du coût global de l'énergie (électricité, eau, thermique) qui évolue, de 2006 à 2010, de 18 € à 20 €/m² SDO.

Si l'on additionne ces différents aspects, le coût moyen total d'exploitation¹⁵ par m² ressort à 57 € en 2010 (contre 48 €/m² en 2006 et 53 €/m² en 2008), en progression régulière.

2 - Un coût global des opérations d'investissement rarement chiffré

Lors du lancement d'une opération d'investissement, les CHU raisonnent rarement en coût global, les notions de maintenance, de remplacement des équipements ou des matériaux n'étant pas intégrées.

Les montages juridiques de type partenariat public-privé (PPP) ou bail emphytéotique hospitalier (BEH) font exception puisque le loyer versé par l'établissement de santé couvre non seulement le coût de la construction mais aussi les coûts de la maintenance, et du renouvellement - gros entretien. Il est par exemple ainsi possible de connaître le coût global de maintenance de chacun des process de la nouvelle plate-forme logistique de l'AP-HM. Ainsi, le coût global annuel du process stérilisation ressort à 375 €HT par m² utile ; ce coût intègre le gros entretien/renouvellement, la maintenance courante, le gardiennage et le nettoyage.

II - Un suivi encore insatisfaisant au niveau national

Le ministère de la santé, ne dispose pas d'outils suffisants de connaissance et de suivi du patrimoine hospitalier pour lui permettre de

¹⁵ Coût calculé sur 13 CHU qui intègre le coût de maintenance, le coût d'énergie et le coût d'investissement maintenance.

définir et de mettre en œuvre avec toute la rigueur souhaitable une politique active en ce domaine. Cette situation, que la Cour avait déjà relevée en novembre 2011 dans sa précédente communication sur le patrimoine immobilier non affecté aux soins et qui dépasse la problématique des seuls CHU pour concerner l'ensemble des établissements publics de santé, devrait cependant évoluer avec les travaux en cours de fiabilisation des comptes de ces derniers en vue de leur certification et le déploiement d'un outil national d'inventaire et de pilotage.

A - Une connaissance comptable du patrimoine à fiabiliser

Les données comptables relatives au patrimoine immobilier disponibles au niveau national ne font l'objet d'aucune consolidation ni d'aucune exploitation, mais il est vrai que la qualité de l'information comptable reste à ce jour incertaine, comme le soulignent régulièrement les chambres régionales des comptes lors de leurs contrôles sur des établissements publics de santé.

Dans le contexte de la préparation de la certification des comptes des établissements publics de santé, qui portera pour la première fois conformément à la loi Hôpital, patients, santé et territoires de juillet 2009 sur les comptes de l'exercice 2014 selon une montée en charge progressive, l'un des objectifs prioritaires du projet de fiabilisation des comptes hospitaliers lancé par la direction générale de l'organisation des soins et la direction générale des finances publiques porte sur l'amélioration de la connaissance comptable du patrimoine des établissements.

En matière d'immobilisations corporelles, a notamment été rappelée la nécessité d'un recensement exhaustif et d'un rapprochement avec l'inventaire, avec la comptabilité générale et avec l'état de l'actif du comptable public ainsi que de la mise en œuvre d'une procédure annuelle et pérenne de mise à jour de l'inventaire. Les provisions règlementées font également l'objet d'une vigilance particulière, notamment celles destinées au renouvellement des immobilisations.

S'agissant des amortissements des actifs immobilisés les établissements doivent veiller à l'exacte imputation des travaux, appliquer une durée d'amortissement adaptée conformément à l'instruction comptable M21, développer la pratique du *prorata temporis* et réviser en tant que de besoin le plan d'amortissement des immobilisations anciennes amorties sur des durées jugées désormais trop longues.

La durée d'amortissement de certaines opérations immobilières récentes des CHU

La Cour a déjà souligné, à l'occasion de sa communication au Sénat sur le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins, que les durées d'amortissements pratiquées par les établissements de santé étaient fréquemment trop longues et incohérentes avec la durée de vie prévisionnelle des investissements réalisés, alors même que l'instruction M21 préconise en règle générale des durées d'amortissement de 20 à 30 ans pour les bâtiments.

Cette pratique perdure puisque les pratiques suivantes ont été relevées pour des opérations immobilières récentes :

- le nouvel hôpital d'Orléans : 40 ans ;
- l'hôpital femme-mère-enfant aux Hospices civils de Lyon : 50 ans pour le génie civil ;
- le nouveau bâtiment Saint-Jacques du CHU de Besançon : 50 ans ;

Sont mises à cet égard en avant soit les contraintes budgétaires, soit les circonstances exceptionnelles liées à la réalisation de projets d'envergure pour justifier un allongement de la durée recommandée d'amortissement.

La certification prochaine des comptes hospitaliers constituera un progrès majeur pour aboutir à une description comptable fiable du patrimoine et à une identification claire des marges de manœuvre financières réelles des hôpitaux pour poursuivre leurs politiques d'investissement.

L'amélioration de la qualité des comptes pour que ces derniers donnent une image fidèle de la situation patrimoniale des CHU nécessite cependant un lourd travail conjoint entre les équipes des directeurs généraux de CHU, en leur qualité d'ordonnateur, et celles des agences comptables, en particulier pour les établissements les plus importants. Si ce travail a été engagé, il n'est pas certain qu'il ait été entièrement mené à bien dès l'échéance de 2014.

B - Le déploiement à venir de l'outil OPHELIE

Dans sa précédente communication à la commission des finances du Sénat, en novembre 2011, la Cour relevait que contrairement à l'État qui a mis en place un outil de recensement de son patrimoine avec le tableau général des propriétés de l'État, intégré depuis 2009 dans l'application Chorus, les administrations ne disposaient pas d'un inventaire du patrimoine immobilier des hôpitaux, affecté aux soins ou non, ni au niveau national ni même au niveau régional. Cette situation

devait toutefois évoluer avec le déploiement de l'outil national d'inventaire et de pilotage du patrimoine hospitalier (OPHELIE) développé par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)¹⁶.

OPHELIE est un outil ambitieux qui va au-delà de la réalisation d'un inventaire normalisé du patrimoine immobilier pour devenir un instrument de gestion immobilière. Il a vocation à être actualisé annuellement et à devenir un « observatoire du patrimoine hospitalier ». Le socle de base de ce nouvel outil devrait être déployé en 2013 afin d'être utilisé dans le cadre de l'inventaire des actifs comptables en vue de la certification des comptes et des nouveaux schémas régionaux d'investissement en santé (cf. infra). Mais les modalités de son déploiement paraissent encore floues : sa mise en place pourrait se faire en plusieurs étapes et ne concerner, dans un premiers temps, que les 150 établissements dont les comptes seront soumis à certification, dont l'ensemble des CHU.

Or, même si deux d'entre eux ont été associés, soit au développement, soit au test de l'outil, les CHU de l'enquête ont indiqué ne pas être informés de l'existence de cet outil et de son déploiement à venir.

En tout état de cause, les prérequis nécessaires à la mise en place d'OPHELIE ont probablement été mal évalués, au regard notamment de l'absence actuelle de référentiel commun pour les établissements de santé, de la capacité inégale de mobilisation des établissements pour renseigner l'outil et de l'absence de passerelles avec les outils actuels de gestion du patrimoine. De fait, les informations à saisir dans OPHELIE pourraient être, en grande partie, redondantes avec celles contenues dans leurs propres outils.

Les recommandations de la Cour pour assurer une mise en place réussie de ce dispositif, et notamment l'identification de référents au niveau des établissements et des ARS pour en faire un outil partagé, n'ont pas été à ce stade suivies d'effet, avec le risque en particulier que les CHU, pour lesquels il pourra paraître comme une charge supplémentaire plutôt que comme un instrument utile de parangonnage, ne le renseignent pas ou peu, ce qui le privera largement de sa portée.

¹⁶ Sur la base d'un cahier des charges défini par l'ANAP.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les centres hospitaliers universitaires se sont dotés plus que les autres établissements de santé d'outils d'inventaire et de suivi de leur patrimoine immobilier affecté aux soins. Mais ils l'ont fait en ordre dispersé, chacun selon ses outils et son référentiel propres, sans cadre méthodologique partagé, de telle sorte qu'aucune vision consolidée fiable n'est aujourd'hui possible, au-delà des données partielles et à la portée limitée que recueille la conférence des directeurs généraux de CHU.

Dans ce contexte, la certification des comptes de l'ensemble des CHU selon un calendrier échelonné à partir de l'exercice 2014 représente un enjeu important. Elle conduira notamment au rapprochement des inventaires physiques et comptables et à fiabiliser les états et les écritures se rapportant aux opérations immobilières.

Le déploiement tardif de l'outil OPHELIE risque, par ailleurs, de se heurter à un manque de mobilisation des CHU, pour lequel il peut apparaître comme redondant avec leur propres outils, avec pour conséquence de priver cet instrument de toute sa portée.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. intensifier les travaux conjoints entre directeurs généraux et agents comptables de préparation à la certification des comptes des CHU, en les axant notamment sur le correct suivi des immobilisations ;*
 - 2. associer rapidement l'ensemble des CHU au projet OPHELIE, outil national d'inventaire du patrimoine, afin de lever les éventuels obstacles à son déploiement.*
-

Chapitre II

Un levier majeur d'efficience mal utilisé

La gestion du patrimoine immobilier affecté aux soins constitue un enjeu majeur d'efficience pour les CHU. D'une gestion purement technique, fortement marquée par le poids de multiples contraintes normatives, il s'agit pour les CHU de passer à une gestion médico-économique¹⁷ performante qui considère l'immobilier non sous le seul angle de l'hébergement qu'il a été historiquement lorsque l'hôpital était un lieu de relégation pour les plus déshérités, mais comme un outil essentiel de production des soins dont le dimensionnement, la configuration, l'évolutivité sont déterminants en termes de qualité et d'efficacité des prises en charge.

I - Des contraintes normatives mal assumées

Se conformer à des normes en perpétuelle évolution représente un réel défi technique, organisationnel et surtout financier pour les CHU, dont le patrimoine est souvent ancien et éclaté entre un grand nombre de bâtiments répartis sur plusieurs sites. Ce défi est cependant l'opportunité de mettre en perspective des choix qui ne sont pas seulement d'ordre technique, mais en termes de capacité à assurer durablement dans un bâtiment donné et pour un coût économiquement soutenable un accueil de qualité des patients et à leur prodiguer les soins de haute technicité qui sont en particulier la marque des CHU. Si la montée des normes pèse

¹⁷ La gestion médico-économique consiste à prendre en compte le rapport coût-efficacité de l'organisation des soins ainsi que son impact budgétaire.

lourdemment sur les établissements, elle doit aussi accélérer des décisions longtemps retardées de réorganisation, voire de repositionnement d'activités. Force est toutefois de constater que l'impératif de mise en conformité tend à primer sur cette réflexion plus stratégique.

A - Des obligations normatives croissantes

1 - Une conjugaison de normes générales et de normes spécifiques

Sans qu'elles puissent être quantifiées précisément, les obligations normatives (qu'il s'agisse des normes sans traduction réglementaire¹⁸ ou des normes réglementaires) s'appliquant au patrimoine immobilier des CHU se sont fortement accrues ces vingt dernières années. Le CHU de Tours relevait, que pendant la durée des travaux de restructuration de l'hôpital Bretonneau (de 1998 à 2011), « ce sont plus de 1 000 textes applicables au bâtiment qui sont intervenus ».

Quelques exemples de réglementations récentes ayant un impact sur l'immobilier hospitalier

Les normes issues du Grenelle de l'environnement I et II

La loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement fixe un objectif de réduction globale de la consommation d'énergie des bâtiments d'au moins 38 % d'ici à 2020. Son article 5 dispose que « tous les bâtiments de l'État et de ses établissements publics seront soumis à un audit d'ici à 2010. L'objectif est, à partir du diagnostic ainsi établi, d'engager leur rénovation d'ici à 2012 avec traitement de leurs surfaces les moins économes en énergie. Cette rénovation aura pour objectif de réduire d'au moins 40 % les consommations d'énergie et d'au moins 50 % les émissions de gaz à effet de serre de ces bâtiments dans un délai de huit ans ». La loi du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement (dite Grenelle II) précise que « des travaux d'amélioration de la performance énergétique sont réalisés dans les bâtiments existants à usage tertiaire ou dans lesquels s'exerce une activité de service public dans un délai de huit ans à compter du 1^{er} janvier 2012. »

L'accessibilité des bâtiments publics

Les articles 41 à 43 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes

¹⁸ Ces normes sans traduction réglementaire peuvent émaner d'organismes tels que les sociétés savantes ou l'AFNOR.

handicapées, posent le principe de l'accessibilité à tous, et notamment aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap. Ce principe s'applique à tous les bâtiments neufs ou faisant l'objet de travaux importants.

Pour les établissements recevant du public, la loi prévoit, en outre, la mise en accessibilité des bâtiments existants au plus tard dans un délai de 10 ans. Le décret du 17 mai 2006 a fixé le terme de cette période de mise en conformité au 1^{er} janvier 2015.

L'amiante

Le décret du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante précise les modalités selon lesquelles la protection des travailleurs contre les risques d'exposition à l'amiante est assurée, notamment en ce qui concerne la détermination de la valeur limite d'exposition professionnelle, les conditions du contrôle du respect de cette valeur limite ainsi que les modalités de mesurage des empoussièrtements. Le décret renforce les règles techniques, les moyens de prévention collective et les types d'équipements individuels nécessaires à la protection des travailleurs contre ces expositions. Il prévoit, par ailleurs, un dispositif unique de certification des entreprises d'encapsulation ou de retrait de matériaux contenant de l'amiante.

La sécurité incendie dans les immeubles de grande hauteur

L'arrêté du 30 décembre 2011 portant règlement de sécurité pour la construction des immeubles de grande hauteur et leur protection contre les risques d'incendie et de panique renforce notamment les vérifications réglementaires en exploitation par des organismes agréés et formalise les règles d'installation des systèmes de détection et de mise en sécurité incendie ainsi que les scénarios de mise en sécurité à mettre en œuvre (25 bâtiments hospitaliers sont concernés).

La surveillance des légionnelles

L'arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire fixe les prescriptions techniques applicables aux installations collectives de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire qui alimentent divers établissements recevant du public dont les établissements de santé.

Les hôpitaux ont la particularité de devoir répondre à la fois à trois volets de réglementation qui font la complexité et le coût des infrastructures hospitalières : d'une part, les réglementations ou recommandations techniques transversales pour tout bâtiment, d'autre part, celles particulières au milieu hospitalier, enfin, celles spécifiques selon les types d'activité médico-chirurgicale accueillis. Ces contraintes peuvent se retrouver en contradiction entre elles. Ainsi, la mise en œuvre des normes strictes en matière de sécurité-incendie (par exemple sur le

désenfumage) peut entrer en confrontation avec la réglementation sur le conditionnement de l'air et la RT 2012¹⁹. En tout état de cause, leur intégration dans un patrimoine historique est d'une redoutable complexité²⁰.

2 - Une veille peu active par les tutelles hospitalières

Le ministère de la santé devrait être en mesure, lors de l'élaboration de nouvelles normes ayant un impact sur les établissements de santé, de faire valoir leur contexte spécifique.

La direction générale de l'organisation des soins indique évaluer systématiquement l'impact organisationnel, technique et financier des nouvelles dispositions réglementaires et s'appuyer pour cela sur des opérateurs et partenaires (ANAP, agence nationale de sécurité du médicament, ARS, établissements de santé). Cette activité repose toutefois sur un seul chargé de mission²¹ qui remplit un rôle de coordination du suivi des travaux réglementaires et normatifs et mobilise des spécialistes hospitaliers pour participer à ces travaux.

Une convention l'associait par ailleurs au travail de définition des normes de l'AFNOR²² mais cette convention n'a pas été renouvelée depuis 2010. Les services du ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie sollicitent, dans le domaine des normes environnementales, le ministère de la santé en fonction de la nature de la norme à mettre en œuvre et de sa portée sur le secteur hospitalier.

S'agissant du suivi du respect de ces obligations normatives par les établissements, le ministère de la santé considère que les ARS en sont responsables. Ces dernières ne sont généralement informées des opérations de mises aux normes que par le biais de leur intégration dans

¹⁹ La RT 2012 est une nouvelle réglementation thermique issue du Grenelle de l'environnement entrée en vigueur à partir d'octobre 2011 pour les constructions neuves ; elle a pour objectifs principaux de limiter les besoins énergétiques du bâtiment par une conception bioclimatique et d'utiliser des équipements performants pour une consommation énergétique réduite.

²⁰ Par exemple, les opérations immobilières relatives à l'hôpital Édouard Herriot (HCL) ne peuvent être réalisées qu'avec l'aval de l'architecte des bâtiments de France, s'agissant d'un site partiellement classé (conçu par l'architecte Tony Garnier).

²¹ Chargé de mission sur les risques techniques rattaché au bureau de la qualité et de la sécurité des soins.

²² L'AFNOR procède à l'élaboration de nombreuses normes qui touchent le secteur de la santé et plus particulièrement les installations techniques des établissements de santé.

les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP), les projets d'établissements ou schémas directeurs. Leur connaissance de la nature et du montant des travaux de mise aux normes à réaliser par les CHU est apparue très limitée.

La faible implication des ARS peut s'expliquer par des ressources humaines trop peu nombreuses ou insuffisamment outillées ainsi que par le manque de compétences techniques spécifiques. En effet, généralement, un seul ingénieur travaille en leur sein sur les questions immobilières.

Sur le site internet du ministère de la santé, figure un « guide d'accès à la réglementation et aux recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé ». L'objectif de ce guide est de rendre accessible la réglementation « abondante et diversifiée » relative au processus d'investissement et d'installations techniques dans les établissements de santé. Cet outil ne semble être connu ni des ARS, ni des établissements de santé. En outre, il date de novembre 2009 et n'a pas été actualisé depuis.

En mai 2012 toutefois, la fonction de responsable ministériel aux normes prévue par le décret du 16 juin 2009 relatif à la normalisation a été mise en place au secrétariat général du ministère chargé de la santé. Ce dernier a notamment pour mission de coordonner au sein de son département ministériel le suivi des travaux de normalisation ainsi que la vérification de la cohérence des projets normatifs avec les objectifs de la réglementation. Cette activité de coordination s'appuie sur un réseau des correspondants « normalisation » au sein des différentes directions du ministère, mis en place en février 2013.

Ces initiatives sont trop récentes pour que leurs effets puissent être mesurés. Elles devraient cependant participer à une meilleure prise en compte des conséquences pour les hôpitaux de l'élaboration des normes impactant l'immobilier.

B - Un impact organisationnel et financier très lourd

1 - Un enjeu organisationnel complexe

Les impératifs de mise en conformité sont multiples et imposent *de facto* aux CHU de les prendre en compte selon une grille d'analyse des risques, dès lors que sur un plan technique comme financier tout ne peut être réalisé simultanément. Les CHU sont ainsi conduits à hiérarchiser leurs opérations de mise en conformité en tenant compte de leurs capacités de financement et de leur stratégie immobilière d'ensemble.

Dans le cadre de son plan stratégique 2010-2014, l'AP-HP a, pour sa part, défini les domaines prioritaires suivants : la sécurité électrique, la sécurité incendie, le retrait de l'amiante, la mise en conformité des ascenseurs, selon la criticité des risques pour les personnes et les biens.

L'ampleur des travaux à réaliser peut être atténuée en raison de la perspective de fermeture prochaine d'un bâtiment hospitalier. À l'inverse, les montants requis pour certaines mises en conformité peuvent conduire à reporter d'autres investissements également nécessaires.

Il convient également de souligner la difficulté pratique que peuvent représenter les travaux de mise en conformité sur des bâtiments hospitaliers occupés, au regard notamment du risque d'aspergillose²³. Selon l'importance des travaux et le degré de risque des secteurs concernés, des mesures plus ou moins drastiques d'isolement du chantier visant à éviter la propagation de la poussière sont prises, pouvant nécessiter une interruption provisoire de l'activité du secteur concerné ou son déplacement temporaire. Outre leur coût, ces travaux de mise en conformité peuvent alors se traduire par une perte de recettes liée à la baisse d'activité.

Il apparaît donc indispensable que ces enjeux de mise en conformité puissent être anticipés et intégrés dans les schémas directeurs immobiliers des établissements, de manière aussi à mieux mesurer les financements qu'ils requièrent.

2 - Une incidence financière très importante mais mal appréhendée

L'impact financier global pour l'ensemble des CHU des mises aux normes réglementaires n'est pas évalué. Seules sont connues, au niveau national, les opérations de mises aux normes exceptionnelles²⁴ nécessitant une aide nationale pour couvrir les risques liés à l'amiante, la sécurité

²³ L'aspergillose est une maladie infectieuse due au développement d'un champignon. Selon l'Institut Pasteur, il s'agit de la seconde cause de mortalité par infection fongique à l'hôpital.

²⁴ Le plan hôpital 2012 avait prévu la possibilité d'un financement national spécifique pour les surcoûts des opérations de mise aux normes exceptionnelles (normes parasismiques, désamiantage) sur l'enveloppe de la seconde tranche du plan. (circulaire du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012).

incendie ou le risque sismique. L'estimation de ces seules opérations pour les CHU représente un montant de 1 350 M€²⁵.

Tableau n° 3 : principaux investissements de mise aux normes exceptionnelles

CHU	Montant estimé en M€
CHU Clermont-Ferrand	91
CHU Caen	500
CHU Fort-de-France	169
CHU Pointe-à-Pitre	590
TOTAL	1 350

Source : direction générale de l'offre de soins

Des opérations de moindre ampleur sont conduites en continu par les CHU pour progressivement se mettre en conformité, en particulier en matière de sécurité-incendie ou de désamiantage, pour des coûts parfois importants. Ainsi, sans que cette liste ait un caractère exhaustif, les projets ou travaux en cours suivants :

- aux HCL : des travaux de mise aux normes (sécurité-incendie, amiante, accessibilité) de l'hôpital Louis Pradel (IGH²⁶) sont prévus pour un coût estimé – a minima- à 60 M€ sur 10 ans ;
- au CHU de Toulouse : un schéma de sécurité-incendie pour l'hôpital de Rangueil chiffré à 12 M€ d'investissement vient d'être élaboré ;
- au CHU de Nantes : le coût estimé de travaux complémentaires de mise aux normes de l'IGH de l'Hôtel Dieu est de 15 M€ (après une première phase d'investissement déjà réalisée de 25 M€) ;
- au CHU de Tours : le plan directeur « sécurité-incendie » de l'IGH de Trousseau prévoyait de 2004 à 2012 des travaux pour un montant total de 3,66 M€ ;
- au CHU de Besançon : l'opération de mise aux normes (hors désamiantage) du bâtiment Jean Minjoz est chiffrée à 92,4 M€.

Certains CHU ont également réalisé des diagnostics « accessibilité » qui impliquent des travaux non négligeables (15 M€ pour le CHU de Nantes et 3 M€ pour le CHU de Tours par exemple).

²⁵ Certaines opérations, comme celle du CHU de Pointe-à-Pitre, allient mise aux normes et reconstruction.

²⁶ IGH : immeuble de grande hauteur ; la réglementation sécurité-incendie est plus contraignante pour les IGH.

C - Deux exemples : la sécurité incendie et la réduction de la consommation énergétique

Deux exemples –les normes en matière de sécurité-incendie et les normes énergétiques– permettent d’illustrer l’ampleur du défi technique, organisationnel et financier à relever par les CHU.

1 - Une sécurité incendie encore incomplète

Le respect de la réglementation en matière de sécurité-incendie constitue une forte préoccupation pour les CHU. La multiplicité des bâtiments ainsi que la diversité de leur architecture et de leur ancienneté sont des facteurs supplémentaires de complexité à cet égard.

Plusieurs bâtiments des CHU de l’enquête, en particulier les immeubles de grande hauteur (IGH), ne disposent pas d’un avis favorable à la poursuite d’exploitation de la commission consultative départementale de sécurité et d’accessibilité. Il en est ainsi notamment de l’IGH de la Timone²⁷ de l’AP-HM, du bâtiment Jean-Minjoz au CHU de Besançon, de l’hôpital de Rangueil du CHU de Toulouse²⁸ de l’IGH de l’Hôtel Dieu du CHU de Nantes²⁹.

À l’AP-HP, malgré des efforts continus et importants de mise en conformité, le nombre d’avis défavorables ne baisse que très lentement, 22 nouveaux avis défavorables ayant été prononcés depuis 2007 quand 30 ont pu être levés ainsi que le récapitule le tableau suivant.

²⁷ Pour l’IGH de La Timone, 6 marins pompiers sont présents 24h/24h (convention de mise à disposition avec remboursement de l’AP-HM).

²⁸ À son ouverture en 1975, l’hôpital Rangueil à Toulouse présentait déjà des non-conformités en matière de sécurité-incendie ; la commission consultative départementale de la protection civile avait alors émis un avis favorable à l’ouverture avec mise en place de mesures compensatoires. De 1975 à 1995, la commission a constaté de graves non-conformités et peu d’améliorations. À la suite d’un avis défavorable en 1996, le CHU a élaboré un 1^{er} schéma directeur sécurité-incendie pour l’hôpital Rangueil et des travaux successifs d’amélioration de la sécurité ont été effectués. En 2010, un avis défavorable d’exploitation pour plusieurs bâtiments de Rangueil et de Purpan a été rendu. En réponse, le CHU a adopté un schéma directeur sécurité-incendie pour ces deux sites principaux, assorti de programmes pluriannuels d’actions, qui ont été présentés en préfecture en 2012 et validés par la sous-commission départementale de la sécurité en juin 2012 (site de Rangueil) et octobre 2012 (site de Purpan).

²⁹ L’Hôtel Dieu de Nantes est frappé d’un avis défavorable à la poursuite d’exploitation depuis 1998.

Tableau n° 4 : avis défavorables à la poursuite de l'exploitation à l'AP-HP depuis 2007

Année	Nombre d'avis défavorables	Nouveaux avis depuis 2008	Nombre levées d'avis défavorables depuis 2008	Évolution
2007	39	0	0	
2008	37	0	2	2
2009	35	4	6	2
2010	33	7	9	2
2011	32	3	4	1
2012	31	6	8	2
2013	31	2	1	1
totaux		22	30	8

Source : AP-HP

Au plan national, selon la direction générale de l'organisation des soins, 16 % des bâtiments des CHU ont reçu un avis défavorable d'exploitation par la commission sécurité-incendie, soit 213 au total³⁰.

Généralement, malgré le risque juridique pesant sur les différents acteurs, et au premier chef les directeurs généraux des CHU, en cas de sinistre, aucune mesure administrative de fermeture n'est prise, eu égard au rôle essentiel joué par ces établissements dans le système de soins. Les CHU continuent alors à faire fonctionner les bâtiments concernés en prenant des « mesures compensatoires » : personnels de sécurité-incendie supplémentaires, lancement de travaux de mise en conformité selon un calendrier pluri-annuel sur lequel ils s'engagent vis-à-vis de leurs interlocuteurs.

Selon une enquête réalisée auprès de 22 CHU par la commission architecture-ingénierie de la conférence des directeurs généraux de CHU, les coûts d'exploitation de la sécurité incendie dans les CHU varient du simple au triple, selon la morphologie des sites et des bâtiments, mais aussi en fonction du classement des bâtiments (IGH ou ERP³¹ 1^{ère} catégorie) qui impose un nombre minimum d'agents de sécurité incendie

³⁰ Il s'agit de la seule donnée nationale disponible. Comme le souligne la DGOS, il serait plus intéressant de pouvoir mesurer ce que ce chiffre représente en termes de surfaces non-conformes.

³¹ Les ERP (établissements recevant du public) sont classés en différentes catégories, selon le nombre de personnes accueillies dans les locaux.

permanents plus important (5 agents pour un IGH, 3 pour un ERP 1^{ère} catégorie). La moyenne de ces coûts d'exploitation de la sécurité incendie est de 3,90 €/m² SDO.

Sécurité incendie et certification par la Haute Autorité de santé³²

Avant le lancement d'une visite de certification, la Haute Autorité de santé (HAS) s'assure que les contrôles obligatoires ont été faits³³ et qu'un début de mise en œuvre des recommandations des autorités de contrôle existe. Dans ce cadre, la sécurité-incendie fait l'objet d'un traitement particulier : s'il n'y a pas d'avis de la commission de sécurité, la visite de la HAS ne peut intervenir ; pour les établissements qui ont un avis défavorable, la HAS envoie un questionnaire à l'établissement pour évaluer les mesures compensatoires. Le détail des mesures mises en œuvre figure ensuite dans les rapports de synthèse.

Même si la sécurité incendie ne figure pas dans le périmètre de l'actuel manuel de certification, la HAS peut prononcer une réserve majeure en cas d'absence de mobilisation de l'établissement sur les questions de sécurité-incendie (« sursis à certification »). Aucun sursis à certification n'a été prononcé sur des CHU en raison des questions de sécurité incendie. Cette procédure de la HAS peut cependant avoir un effet de mobilisation de l'établissement, comme cela a pu être le cas récemment pour les hôpitaux Bichat à Paris et Beaujon à Clichy pour lesquels la direction générale de l'AP-HP s'est engagée formellement auprès de la HAS à conduire une série d'actions pour améliorer la sécurité incendie de ces bâtiments³⁴.

³² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2012*, Chapitre XIII. La certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé. La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr

³³ La HAS et les ARS disposent d'une « fiche interface » qui leur permet de partager les informations relatives à l'établissement de santé.

³⁴ Rapport de certification V2010 de la HAS du groupe hospitalier-hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine (AP-HP) de décembre 2012.

2 - Une stratégie de performance énergétique à construire

La conjugaison des nouvelles normes³⁵ et de l'augmentation continue des dépenses énergétiques ont conduit certains CHU à intégrer la maîtrise de la consommation énergétique dans une démarche de développement durable. Les dépenses énergétiques constituent, en effet, un poste en croissance continue ces dernières années.

La technicité des installations thermiques et de traitement d'air ainsi que l'augmentation du nombre d'équipements biomédicaux spécialisés expliquent la tendance à la hausse du volume de consommation énergétique. Le prix des énergies connaît, par ailleurs, de fortes augmentations³⁶.

Certains établissements ont fait le choix de se rattacher à des infrastructures locales plus avantageuses. Ainsi, le CHU de Nantes bénéficie de la solution énergétique mise en place par la communauté urbaine de Nantes. Depuis plus de 20 ans, 75 % du patrimoine bâti du CHU est alimenté par un réseau de chaleur urbain par énergie fatale³⁷ considérée comme recyclable à 50 % et plus compétitive que les autres solutions d'alimentation en énergie basées sur des énergies fossiles. De même la majeure partie des établissements parisiens de l'AP-HP est-elle desservie par un réseau de chaleur urbain.

Les nouveaux bâtiments construits tiennent de plus en plus compte des exigences de maîtrise énergétique, certains CHU faisant d'emblée le choix du label HQE (haute qualité environnementale).

Les CHU entrant dans le champ de l'enquête de la Cour ont réalisé ou réalisent actuellement les diagnostics énergétiques de leurs bâtiments existants prévus par la réglementation. Ces diagnostics ont abouti, dans certains établissements, à l'élaboration de schémas directeurs

³⁵ La loi de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement dite « loi Grenelle 1 » d'août 2009 imposait la réalisation d'un audit des bâtiments de l'État et de ses établissements publics en 2010 afin d'engager la rénovation avant la fin 2012 de leurs surfaces les moins économes en énergie. Cette rénovation doit permettre la réduction d'au moins 40 % des consommations d'énergie et d'au moins 50 % des émissions de gaz à effet de serre de ces bâtiments, dans un délai de huit ans.

³⁶ L'AP-HP a réalisé une estimation de l'évolution de sa facture énergétique (électricité, chauffage urbain, gaz, eau) qui passerait de 79,6 M€ TTC en 2012 à 101,3 M€ TTC en 2016, soit une augmentation de près de 22 M€ (+27 %).

³⁷ Dans le domaine de l'énergie, l'expression "énergie fatale" désigne la quantité d'énergie inéluctablement présente ou piégée dans certains processus ou produits, qui parfois - au moins pour partie - peut être récupérée et/ou valorisée.

énergétiques et ont conduit à la modernisation de leurs installations et au développement des systèmes de gestion technique centralisée qui permettent d'optimiser la consommation énergétique.

La qualité du bâti de l'AP-HP

Des diagnostics ont été menés en 2011 et 2012 sur les douze groupes hospitaliers de l'AP-HP, en particulier sur les 12 bâtiments les plus significatifs du parc immobilier, représentant près de 15 % de la totalité du parc immobilier de l'AP-HP. Le tableau ci-dessous illustre l'hétérogénéité du bâti et sa qualité –souvent moyenne ou très faible– au regard de la performance énergétique.

Année construction ou rénovation	1968	1970	1990	1981	1971	1988	1969	1982	1965	1968	1987	1970
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> Très faible Faible moyenne Correcte </div>											
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> Henri Mondor Pitié-Salpêtrière Vaugirard Bicêtre Louis Mourier Robert Debré Ambroise Paré Broca A. Trousseau Necker St Louis Avicenne </div>											
Isolation des façades												
Vitrage												
Occultations - volets roulants												
Isolation toiture - terrasse												

Ces diagnostics ont permis de définir fin 2012 les grands axes d'une politique énergétique. Un plan de comptage a été lancé sur tous les bâtiments récents de l'AP-HP équipés de compteurs d'énergies, afin de consolider ces consommations. Le calcul des ratios de consommation (par m², par lit, etc.) devrait être effectif à partir de juillet 2013.

Plusieurs initiatives innovantes ont été développées :

- les investissements du CHU de Tours visant à maîtriser sa consommation énergétique s'appuient sur une convention de récupération de certificats d'économies d'énergie (CEE)³⁸ en partenariat avec un exploitant de chauffage ;
- pour répondre à la très forte augmentation des besoins en énergie liée à l'ouverture de nouveaux bâtiments sur le site de Purpan, le CHU de Toulouse a conclu un partenariat public-privé, pour concevoir, réaliser et exploiter sa future centrale de production de chaleur biomasse³⁹. Dans le cadre du contrat, l'entreprise retenue s'est engagée à la réalisation d'économies d'énergie supérieures à 15 % ;
- compte-tenu du besoin de rénovation rapide des installations énergétiques vétustes et non-conformes de l'hôpital Avicenne à Bobigny, l'AP-HP recourt à un partenariat public-privé pour l'exploitation d'une centrale utilisant à la fois de l'énergie biomasse et à titre complémentaire du gaz (75 % bois – 25 % gaz). Le projet fait l'objet d'un ensemble d'aides financières, sur la partie chaufferie bois et réseau de chaleur, de la part de la Région Île-de-France (445 000 €) et de l'ADEME (445 000 €)

Si ces exemples montrent que les CHU se sont engagés sur la voie de la maîtrise énergétique, ils n'ont pas, pour autant, pris d'engagements fermes sous forme d'objectifs de réductions de consommation d'énergie et d'émissions de gaz à effet de serre s'inscrivant dans un calendrier d'ici 2020. L'atteinte des objectifs fixés par loi dite Grenelle I nécessite pourtant qu'ils définissent rapidement une stratégie d'amélioration de la performance énergétique de leur patrimoine.

³⁸ Le dispositif des certificats d'économies d'énergie constitue un instrument de la politique de maîtrise de la demande énergétique. Il impose aux fournisseurs d'énergie (électricité, gaz, fioul, chaleur, etc.) de développer les économies d'énergie. Un objectif triennal est défini et réparti entre les opérateurs en fonction de leur volume de ventes. En fin de période, les vendeurs d'énergie doivent justifier de l'accomplissement de leurs obligations par la détention d'un montant de certificats équivalent à ces obligations. Pour atteindre leurs obligations, les vendeurs d'énergie peuvent, par exemple, amener leurs clients à réaliser des économies d'énergie en leur apportant des informations sur les moyens à mettre en œuvre, avec des incitations financières.

³⁹ La biomasse regroupe l'ensemble de la matière végétale susceptible d'être collectée à des fins de valorisation énergétique. Elle comprend les végétaux utilisables directement et les résidus d'une première exploitation de la biomasse (sous-produits forestiers, agricoles, etc.).

Plus fondamentalement cependant, il est exceptionnel que la montée des contraintes normatives de tous ordres ait conduit les CHU à une réflexion en profondeur sur l'avenir de certains sites dont la modernisation pourrait s'avérer techniquement extrêmement complexe et financièrement très onéreuse. C'est cependant essentiellement en fonction de ces contraintes que l'AP-HP a pris la décision de supprimer l'accueil des urgences et toute activité d'hospitalisation conventionnelle à l'Hôtel Dieu de Paris pour transformer cet établissement en hôpital dédié aux consultations tout en y installant son siège.

II - Une contribution insuffisamment marquée à la reconfiguration de l'offre de soins

La relance de l'investissement immobilier des hôpitaux avait pour objectif de contribuer à la réorganisation de l'offre de soins et de faciliter, dans le contexte de la mise en place de la tarification à l'activité et d'une convergence avec les établissements privés à but lucratif, des gains d'efficacité indispensables pour faire face à une contrainte financière accrue.

La Cour avait relevé en dressant le bilan du plan Hôpital 2007 dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2009⁴⁰ des modalités de sélection peu discriminantes des projets retenus du fait d'un examen peu rigoureux de leur pertinence, la grande dispersion de leurs objectifs, l'absence d'indicateurs de suivi pour mesurer l'impact du plan, qu'il s'agisse de l'évolution des taux de vétusté ou de mise aux normes, le nombre de chambres individuelles et de sanitaires, les économies réalisées sur la maintenance, etc. Elle avait souligné qu'une proportion élevée d'investissements s'accompagnaient d'une augmentation des surfaces immobilières et d'une perspective d'augmentation des effectifs lors de la mise en service des nouveaux équipements, nombre de projets étant de fait surdimensionnés. Elle avait également noté le faible nombre des opérations de regroupement interne au sein des établissements publics de santé.

Les circulaires d'application du plan Hôpital 2012 avaient prévu de mieux prendre en compte le retour sur investissement parmi les critères de sélection des projets de manière à ce que ceux-ci contribuent

⁴⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2009*, Chapitre VI. Plan Hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers. La Documentation française, septembre 2009, disponible sur www.ccomptes.fr

davantage à l'efficacité du système de soins, sans toujours pour autant prévoir d'indicateurs de suivi adaptés à ces ambitions.

Sans que la Cour ait procédé à une analyse en profondeur dans le cadre de cette enquête des résultats de ce plan - elle y consacra ultérieurement une enquête spécifique approfondie avec le concours des chambres régionales des comptes -, ses investigations tendent à montrer que cet effort considérable de modernisation ne s'est pas accompagné d'une attention suffisante aux problématiques de recherche de meilleure efficacité et de cohérence avec l'équilibre financier d'exploitation au bénéfice d'autres priorités.

A - Un souci de meilleure attractivité médicale et hôtelière

La pression financière induite par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) a rendu plus prégnante la question de l'attractivité des CHU et de leur positionnement dans un environnement concurrentiel.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2011⁴¹, la Cour notait de fait que dans le domaine des soins, les CHU réalisent à la fois des actes très spécialisés et complexes correspondant à une fonction de recours et des actes moins techniques qui leur permettent de répondre aux besoins courants de la population demeurant dans leur zone d'attractivité. Elle soulignait que, en 2008, les actes pratiqués uniquement dans les CHU représentaient seulement 5,5 % des séjours et 14,5 % des journées effectués en MCO. L'essentiel de leur activité est ainsi exposée à la concurrence d'autres établissements de soins.

La situation en région Centre illustre ce phénomène. Outre un contexte de très vive concurrence qui a vu les cliniques privées se regrouper et bâtir un nouvel établissement⁴², le CHR d'Orléans connaît un taux de fuite important. En 2011, en court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique), 41,1 % des habitants d'Orléans ont été soignés ailleurs qu'au CHR, principalement dans des établissements de l'Île-de-France⁴³. Dans

⁴¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* 2011, chapitre VIII. Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU). La Documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr

⁴² Situé au nord d'agglomération qui correspond à la zone d'expansion de la ville (alors que le CHR se situe au sud), ce nouvel établissement privé comprendra 497 lits.

⁴³ Chambre régionale des comptes du Centre. *Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier régional d'Orléans*, 16 décembre 2012, p. 7 et 8.

ce contexte, la reconstruction du CHR d'Orléans (NHO – nouvel hôpital d'Orléans) permettant le regroupement de services dispersés et pour certains localisés jusqu'à présent dans les bâtiments historiques du centre-ville (datant du XVII^{ème} siècle pour les plus anciens) a été considérée comme un atout pour regagner une patientèle perdue et a été dimensionnée en fonction de prévisions très optimistes à cet égard.

Pour les activités de proximité, sans technicité particulière, les conditions hôtelières peuvent constituer un des éléments d'attractivité des CHU. Or, le patrimoine de nombre de ces centres hospitaliers est ancien, avec un faible nombre de chambres individuelles, et ne permet pas toujours de répondre aux attentes des patients ou de leurs familles en termes de confort ou de respect de l'intimité.

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient dans certains établissements de l'AP-HP

Le rapport de certification établi par la Haute Autorité de santé (HAS) du groupe hospitalier⁴⁴ hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine⁴⁵ fait état de réserves concernant le critère de respect de la dignité et de l'intimité du patient. Pour le court séjour, le rapport mentionne que « plusieurs services sont encore dotés de chambres à 3 lits, de locaux de toilette communs pour plusieurs chambres, et de revêtements de sols et salles de bains très vétustes et dégradés »⁴⁶.

Des recommandations ou des réserves ont également été faites sur deux établissements de soins de suite-réadaptation et de soins de longue durée situés en province (hôpital San Salvador à Hyères, hôpital marin d'Hendaye).

⁴⁴ La HAS a procédé à une certification par groupe hospitalier pour l'AP-HP, l'AP-HM et les HCL, alors que la démarche est unique pour les autres CHU. Pour l'AP-HP, cela s'est traduit par 12 visites de certification correspondant aux 12 groupes hospitaliers. Les quatre sites de l'AP-HP non inclus dans un groupe (dont l'hôpital marin d'Hendaye et l'hôpital San Salvador d'Hyères) font l'objet d'une démarche de certification spécifique. (cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2012*. La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé », pages 373 et suivantes. La documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr).

⁴⁵ Le groupe hospitalier - Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine regroupe 5 sites : Hôpital Beaujon, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Hôpital Louis Mourier, Hôpital Bretonneau, Hôpital Charles Richet.

⁴⁶ Rapport de certification du groupe hospitalier-hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine (AP-HP) de décembre 2012, p. 143 à 150.

47 Selon le rapport relatif à l'hôpital San Salvador⁴⁷, « compte tenu des locaux, les soins, y compris les soins d'hygiène, sont partiellement réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Les toilettes sont effectuées dans la majorité des cas sur des chariots-douches. Deux patients polyhandicapés, adultes ou enfants, sans distinction de sexe, peuvent être accueillis dans la même salle de bains sur brancard-douche en même temps. Les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité du patient. L'établissement dispose de très peu de chambres seules ou à deux lits. La majorité des chambres sont à quatre lits et ne disposent pas de salle de bains. (...) De plus, la dimension des chambres impose une promiscuité importante ». La HAS note également que l'AP-HP a priorisé l'amélioration des conditions du séjour du patient notamment sur l'hygiène et l'hôtellerie dans son plan stratégique : « L'établissement acte clairement cette problématique architecturale. La formalisation des projets de l'établissement, particulièrement lors des réfections architecturales, intègre les dimensions de respect de la dignité et de l'intimité du patient. Cependant, ces réfections sont peu nombreuses et ce problème existe encore dans la majorité des secteurs. Compte tenu des locaux et malgré la volonté des différents professionnels, le respect de l'intimité et de la dignité reste difficile à assurer ».

L'hôpital marin d'Hendaye, spécialisé dans les soins de suites et réadaptation, a bénéficié de la rénovation d'une partie de ses pavillons. Pour autant, le rapport de certification de novembre 2012⁴⁸ relève que, pour les pavillons non encore rénovés, les sanitaires sont vétustes et que l'hébergement des patients se fait dans des dortoirs à 8 lits.

Dans ce contexte, les opérations de rénovation ou de construction de nouveaux bâtiments des CHU ont intégré systématiquement cet enjeu d'amélioration du confort hôtelier, qui se traduit cependant généralement plus par une augmentation des surfaces que par une réduction du nombre de lits. Dans l'ensemble des projets examinés par la Cour, les chambres à 1 lit (les chambres à 2 lits n'étant plus que marginales) et les sanitaires individuels ont été généralisés. Dans le cas particulier du bâtiment mère-enfant Laennec de Necker (AP-HP), toutes les chambres individuelles permettent, en outre, l'accueil d'un parent auprès de l'enfant hospitalisé.

L'amélioration de l'accueil des patients ne saurait cependant se limiter à la qualité accrue des prestations hôtelières. Elle doit s'intégrer dans une dynamique plus large de modernisation d'ensemble de sa prise en charge. De ce point de vue, l'enjeu réside moins désormais dans

⁴⁷ Rapport de certification de juillet 2012 sur l'hôpital San Salvador (AP-HP), p. 125 et 126. Cet établissement a une activité de soins de suite et réadaptation pour enfants, adolescents et adultes polyhandicapés.

⁴⁸ Rapport de certification de la HAS sur l'hôpital marin d'Hendaye (AP-HP) de novembre 2012, p. 128 à 130.

l'hébergement que dans une organisation repensée autour du patient à laquelle les CHU peinent à parvenir.

B - Une difficile adaptation au développement des prises en charge ambulatoires

Les CHU ont plus tardivement que les autres établissements de santé pris le « virage de l'ambulatoire ». La pratique ambulatoire du secteur privé (70 %) reste de fait très fortement en avance sur celle des établissements publics, qui s'établissait à seulement 22 % pour les CHU contre 31 % pour les centres hospitaliers en 2011, alors même que la pratique ambulatoire est aujourd'hui considérée comme devant être celle de référence en matière chirurgicale pour 80 % des gestes, avec pour objectif des pouvoirs publics qu'elle soit majoritaire dès 2016.

Au-delà de réticences d'ordre culturel de la part des communautés hospitalières, installées dans une organisation centrée sur les spécialités, le service et les lits, la pratique ambulatoire implique une coordination étroite des intervenants et la mise en place de procédures transversales rigoureuses que facilite la constitution de nouvelles unités conçues dans des locaux dédiés, de manière à organiser le cheminement du patient de la façon la plus fluide possible.

L'adaptation du bâti à ces changements d'activité passe par deux phases :

- la première consiste à intégrer la chirurgie ambulatoire et ses flux très normalisés dès la conception des locaux médico- techniques ;
- la seconde passe par la diminution des capacités en hospitalisation complète, soit par redimensionnement à la baisse des surfaces et des lits lors de la construction d'un bâtiment neuf, soit sinon par fermeture effective de lits permettant des redéploiements de moyens, des regroupements d'activités et des libérations de locaux.

Or, les CHU se sont rarement engagés dans une réduction de leurs capacités d'hospitalisation conventionnelle. Les places de chirurgie ambulatoire sont venues s'ajouter aux lits d'hospitalisation sans s'y substituer, conduisant à une progression de l'offre globale là où un potentiel d'économie considérable pour l'assurance maladie était possible à dégager.

Les CHU ont de fait inégalement utilisé l'outil immobilier pour engager cette conversion d'activité. Seuls les projets les plus récents laissent entrevoir un véritable changement (comme à Marseille, Nantes et Toulouse pour le site de Purpan). Des constructions à peine plus

anciennes ont fait l'impasse sur cette substitution de la prise en charge en hospitalisation complète par une prise en charge en ambulatoire.

L'inégale traduction immobilière de l'ambulatoire au CHU de Toulouse

Le cas du CHU de Toulouse montre comment l'objectif de développement des activités ambulatoires⁴⁹ peut être pris ou non en compte dans des programmes immobiliers quasi concomitants. En effet, la chirurgie ambulatoire n'a pas été prévue dans le programme (conçu en 2004) du bâtiment Guy Lazorthes, sur le site de Rangueil, pourtant doté d'un plateau technique neuf de 20 salles opératoires et aucune organisation spécifique n'a été mise en place à son ouverture en 2011. En revanche, le nouvel hôpital Pierre Paul Riquet situé à Purpan⁵⁰ (dont les études ont débuté en 2005) sera doté d'une unité de 24 places de chirurgie ambulatoire au même étage que les blocs opératoires. Le CHU de Toulouse réfléchit également à la possibilité de transformer l'hôpital Larrey en un hôpital dédié à l'ambulatoire.

À Nantes, des problématiques diverses ont longtemps entravé la transition vers l'ambulatoire : un émiettement des places d'hôpital de jour sur plusieurs sites⁵¹, des locaux non dédiés, un taux d'occupation trop faible⁵², un frein « culturel » à l'orientation vers l'hospitalisation de jour.

Le CHU de Nantes fait maintenant du développement des prises en charges ambulatoires un objectif de sa stratégie de retour à l'équilibre financier et de modernisation. Alors qu'en 2009, les hospitalisations à temps partiel représentaient 32 % des séjours, elles devront atteindre le taux de 56 % des séjours à l'horizon 2020-2025, ce qui demeure d'ailleurs un objectif très modeste au regard des meilleures pratiques internationales.

Cette ambition va trouver une première concrétisation au 2^{ème} semestre 2013 avec la mise en service du nouveau plateau technique médico-chirurgical à l'Hôtel Dieu. Pour remédier à la saturation et à la vétusté des installations actuelles de l'Hôtel Dieu, le CHU a construit un nouveau plateau de blocs opératoires regroupés et centralisés, comprenant une unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire de 30 places pour adultes. La livraison de ce nouvel équipement s'inscrit dans un mouvement plus vaste de recomposition et d'augmentation de l'offre

⁴⁹ Le taux de chirurgie ambulatoire du CHU de Toulouse est aujourd'hui de 19,1 %.

⁵⁰ Qui sera mis en service en décembre 2013.

⁵¹ En 2010, 132 places d'hôpital de jour étaient réparties entre 19 structures, 12 de ces hôpitaux de jour comprenant moins de 10 places.

⁵² En 2009, l'occupation des hôpitaux de jour était de 1 patient par place et par jour ouvrable sur une base de 250 jours d'ouverture.

d'hospitalisation de jour autour de cinq plates-formes dédiées et pluridisciplinaires.

Ce projet qui rationalise sans aucun doute les prises en charge, appelle cependant des observations quant au coût engagé pour une durée probablement limitée.

Le coût et la durée de vie du plateau technique médico-chirurgical du CHU de Nantes

Ce projet, qui date des années 1990, avait été inscrit dans le plan Hôpital 2007, mais des résultats financiers dégradés avaient conduit le CHU à suspendre le lancement de l'appel d'offres de travaux.

La question de l'opportunité de cet investissement a ensuite été posée au regard du projet de l'Île-de-Nantes⁵³. En 2009, la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)⁵⁴ a conclu à l'opportunité de la réalisation de cet équipement, même si sa durée de vie devait être limitée à une douzaine d'années, le temps de la réalisation du projet de l'Île-de-Nantes. La MAINH estimait en effet que « la réalisation de cet investissement (...) était indispensable au CHU, quel que soit le scénario envisagé, autant à cause de l'intérêt économique à regrouper des fonctions éparpillées dans l'Hôtel Dieu que de développer au plus vite une structure de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire qui puisse rendre le CHU attractif sur ce type de prise en charge par rapport à une concurrence forte des acteurs privés ». Elle considérait également que, même dans l'hypothèse de la reconstruction totale des activités de court séjour sur un autre site, telle qu'envisagée à l'heure actuelle, « la non réalisation du plateau technique médico-chirurgical était globalement plus risquée et plus coûteuse pour le CHU que la réalisation d'un investissement de cette taille pour une douzaine d'années ».

L'équipement devrait être mis en service à l'automne 2013 pour un coût total de 61 M€, l'amortissement étant prévu sur 30 ans soit une durée double de sa durée probable d'utilisation. Le projet a bénéficié de subventions à hauteur de 50 % dans le cadre du plan Hôpital 2012.

En 2011, les Hospices civils de Lyon ont pour leur part rationalisé l'organisation de la médecine ambulatoire en dédiant à cette activité un pavillon de l'hôpital Édouard Herriot, dénommé la CliMA (Clinique de Médecine Ambulatoire). Cette structure regroupe les consultations et les

⁵³ Le projet de l'Île-de-Nantes consiste à regrouper toutes les activités de court séjour du CHU de Nantes sur un seul site à l'horizon 2020-2025.

⁵⁴ Rapport de la MAINH « Audit complémentaire sur le schéma directeur du CHU de Nantes et sur le projet Île de Nantes » du 18 mai 2009.

hôpitaux de jour des spécialités médicales du site⁵⁵ autour de 22 places d'hospitalisation de jour et de 32 boxes pour les consultations externes. Le circuit de prise en charge des patients est simplifié (prise de rendez-vous, accueil et prise en charge en un point unique), les échanges et les collaborations interdisciplinaires facilités, les moyens médicaux et para médicaux mutualisés. Les médecins se déplacent désormais de leur pavillon de spécialité vers la CliMA, ce qui contribue à l'amélioration du confort des patients et permet d'optimiser l'utilisation des boxes. L'amplitude d'ouverture a été élargie de 7h30 à 19h.

Prise en charge ambulatoire et développement d'« hôtels hospitaliers »

« L'hôtel hospitalier » est une structure d'hébergement non médicalisée, située au sein ou à proximité d'un établissement de santé, qui accueille des patients dans le cadre de leurs parcours de soins hospitaliers. Il permet d'éviter une ou plusieurs nuits d'hospitalisation classique non indispensables en amont ou en aval d'une intervention médicale, tout en permettant une prise en charge médicale en cas de besoin. Ce dispositif peut, par exemple, se concevoir dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire ou d'un traitement du cancer par séances itératives, ou bien encore pour le cas de patient domicilié loin de l'hôpital ou souffrant d'isolement.

Les hôtels hospitaliers existants peuvent connaître des évolutions différentes. Celui de l'Hôtel Dieu à l'AP-HP (Hospitel), le plus ancien en activité, n'a pas connu un essor important ; il est surtout fréquenté par des personnes intéressées par ses seules prestations hôtelières et sa situation privilégiée au cœur de Paris. L'hôtel hospitalier du CHU de Toulouse, géré par une association, répond aux besoins liés à la configuration de la région Midi-Pyrénées et l'éloignement de certaines zones, à moindre coût pour les patients.

Au titre des avantages de cette formule, on peut citer l'amélioration des conditions globales de prise en charge du patient (confort et qualité de l'hébergement, réponse aux problèmes d'éloignement, diminution du risque d'infections nosocomiales), la diminution de la durée moyenne du séjour hospitalier, l'enjeu social (diminution du travail de nuit dans l'hôpital). Ces structures pourraient également avoir, à plus long terme, un impact sur le

⁵⁵ Endocrinologie – diabétologie, médecine interne, néphrologie – hypertension artérielle – dialyse, rhumatologie, immunologie clinique, médecine de la transplantation, cardiologie, hématologie, dermatologie – vénéréologie, dermatologie esthétique.

patrimoine et permettre un recentrage des financements sur les plateaux techniques plutôt que sur les services d'hôtellerie. Elles seraient potentiellement génératrices d'économies même si la démonstration n'est pas faite à ce jour.

Une expérimentation est envisagée par la direction générale de l'organisation des soins. Elle devra s'inscrire dans un cadre méthodologique précis permettant de répondre aux interrogations actuelles sur le type d'hébergement (locaux hospitaliers réaménagés et gérés par un prestataire privé ou conventionnement avec une structure hôtelière commerciale extérieure au site hospitalier), les critères d'éligibilité (médicaux, administratifs, etc.), l'organisation et la sécurisation de cette prise en charge, la responsabilité juridique et le financement.

C - Des rationalisations encore trop limitées

Les CHU peinent à repenser leur organisation spatiale en fonction de nouvelles conceptions des soins ou d'une optimisation des fonctions qui y concourent.

1 - Une organisation en pôles d'activités qui ne guide pas assez les restructurations immobilières

Les pôles d'activité, créés par l'ordonnance du 2 mai 2005, ont été consacrés par la loi Hôpital, patients, santé et territoires comme le seul niveau de structure interne obligatoire de l'hôpital public⁵⁶. À l'intérieur de ce cadre, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation médicale, médico-technique, administrative et logistique.

Ainsi que le souligne le guide du ministère de la santé, publié en 2009, « Nouvelles organisations et architectures hospitalières », si la mise en place des pôles présente pour l'hôpital une opportunité quant à l'évolution des modes de management et de gestion, elle concerne aussi la structuration de l'espace, des circulations et des flux, dessinant ainsi une nouvelle conception organique de l'hôpital. L'implantation spatiale de ces pôles au sein des hôpitaux devrait conduire à davantage intégrer, au sein des nouveaux programmes architecturaux, les notions de flexibilité ou d'adaptabilité des locaux et des équipements, de recherche

⁵⁶ Le récent rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital » (février 2013, travaux élaborés sous la présidence d'Édouard Cauty) propose un assouplissement de cette organisation interne en pôles, de manière à ce qu'il n'y ait pas de modèle unique et uniforme d'organisation interne, celle-ci devant être adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement.

d'optimisation de la taille des unités et de regroupement d'activités et de moyens.

Cependant, la logique des services reste très largement prédominante et continue pour l'essentiel à guider l'élaboration des cahiers des charges selon une approche au mieux de juxtaposition d'activités distinctes, au regroupement parfois peu cohérent, plutôt que de l'intégration d'activités complémentaires dans des ensembles cliniques mutualisant le plus largement possible leurs ressources.

Pour le nouveau bâtiment Laennec de l'hôpital Necker, l'AP-HP a prévu la disparition des services physiquement et spatialement identifiés. Les 406 lits se répartissent sur 7 niveaux selon une logique de rapprochement des disciplines ou activités médicales complémentaires permettant une meilleure adaptation aux évolutions des besoins.

2 - Une réorganisation des activités médico-techniques trop peu restructurante

L'organisation des CHU a longtemps été caractérisée par une très grande autonomie des services spécialisés qui disposaient, au sein de locaux spécifiques de leurs équipements et personnels propres. L'architecture pavillonnaire, conçue pour diminuer les risques d'infection, a favorisé cette autonomie, de même que les constructions des années 70 associant une spécialité et son plateau technique sur un même étage.

Aujourd'hui, ce type d'organisation est progressivement abandonné au profit d'un regroupement et d'une mutualisation au sein de plateaux pluridisciplinaires regroupant blocs opératoires et salles de réanimation. Les raisons de cette évolution sont de plusieurs ordres :

- l'insuffisance des ressources médicales (notamment des personnels anesthésistes) et paramédicales : la mise en commun peut permettre une meilleure adéquation entre les ressources humaines et l'activité ;
- le coût des équipements bio-médicaux de plus en plus sophistiqués ; la mutualisation permet un taux d'utilisation plus important des équipements de pointe coûteux et donc un retour sur investissement plus rapide ;
- la nécessité de réduire des installations redondantes, pour réaliser des gains d'exploitation.

La réorganisation des plateaux techniques dans cette nouvelle optique implique souvent des réaménagements immobiliers lourds et n'est réalisée qu'à l'occasion de nouvelles et coûteuses constructions ou

reconstructions, non sans difficultés parfois comme l'illustre la construction du nouveau bâtiment médico-technique de l'AP-HM.

Le bâtiment médico-technique de l'AP-HM

Sur le site de la Timone à l'AP-HM, les services avaient, à l'origine, été conçus comme polyvalents, puis ont progressivement évolué, en trente ans, vers une surspécialisation et une autonomisation, aboutissant à un phénomène de « balkanisation » de l'hôpital, chaque service disposant de ses propres équipes médicales et de ses blocs opératoires, les flux de circulation se faisant de manière horizontale (un étage correspondant peu ou prou à un service)⁵⁷.

La construction du nouveau bâtiment médico-technique de la Timone initialement dévolu aux seuls adultes et adossé à l'immeuble de grande hauteur est l'occasion d'une révision complète de ces modes d'organisation antérieurs. Le schéma initialement envisagé devra cependant composer avec d'autres impératifs. Le bâtiment médico-technique⁵⁸ a vu, en effet, sa destination modifiée en cours de chantier puisqu'il a été décidé d'en étendre l'usage à la prise en charge pédiatrique du fait de l'abandon du projet prévu par le plan stratégique de 2002 d'un bâtiment mère-enfant.

Ce changement de programme a pour conséquence que les liaisons prévues entre nouveau et ancien bâtiment qui étaient initialement adaptées à une activité exclusivement dédiée aux adultes, manquent désormais de fonctionnalité pour assurer les liaisons entre le service pédiatrique de l'immeuble de grande hauteur et les unités enfants du nouveau bâtiment. L'AP-HM réfléchit donc à la construction d'une structure supplémentaire (le projet « axe rouge », pour un coût estimé à 10 M€) destiné à créer de nouvelles circulations entre les étages supérieurs des deux bâtiments.

Cet effort de regroupement des plateaux médico-techniques n'a pas toujours abouti aux gains de rationalisation et de mutualisation auxquels il était légitime de s'attendre, notamment par des diminutions nettes du nombre de blocs opératoires. Au contraire, on constate dans certains cas une augmentation.

Ainsi le CHU de Tours disposait de 42 salles sur 8 sites, avant 2000. En 2013, 53 salles fonctionnent sur 6 sites. À Toulouse, avant l'ouverture du bâtiment Guy Lazorthes à Purpan, 60 salles étaient en activité. Il y en aura 61, en 2014, après ouverture de la clinique Pierre Paul Riquet.

⁵⁷ La Timone était surnommée « l'hôpital des cliniques ».

⁵⁸ Dont l'ouverture est prévue au 2^{ème} semestre 2013.

3 - Un regroupement des fonctions logistiques encore embryonnaire

Les services logistiques, supports et hôteliers, qu'il s'agisse des activités de stérilisation, de blanchisserie ou de restauration, constituent des facteurs essentiels de l'organisation de chaque hôpital et de la qualité de la prise en charge sanitaire, notamment au regard des règles d'hygiène et de sécurité. Traditionnellement, ces fonctions sont éclatées, disséminées sur les différents sites hospitaliers, ce qui peut générer une dispersion des effectifs affectés à ces activités et des flux logistiques complexes, pour une qualité de service inégale. Pour nombre d'entre elles, les établissements assurent ces prestations en interne alors même qu'une externalisation auprès de prestataires spécialisés serait possible.

Une réflexion sur une meilleure organisation de ces fonctions se développe néanmoins dans certains CHU, avec l'objectif de rationaliser et optimiser les moyens. Les établissements s'interrogent sur l'ampleur du regroupement à réaliser (une ou plusieurs fonctions logistiques) sur l'implantation des futures plates-formes logistiques (à proximité des sites hospitaliers ou en périphérie de l'agglomération), plus rarement sur les mutualisations possibles avec d'autres établissements.

Les expériences de mutualisation, à l'instar de la centralisation entreprise par les Hospices civils de Lyon, apparaissent cependant encore parcellaires, ciblées sur une ou plusieurs fonctions ou ne concernant pas la totalité des sites hospitaliers⁵⁹.

L'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) a ainsi choisi de regrouper la majorité de ses fonctions logistiques au sein d'une plate-forme mise en service en avril 2013. Constituée en quatre bâtiments articulés autour d'une place centrale sur un terrain de 25 000 m², cette plate-forme logistique accueille les magasins centraux (fournitures et consommables), la restauration (2,5 millions de repas par an), la blanchisserie (17 tonnes de linge traitées par jour) et la stérilisation (35 m³ de dispositifs médicaux traités par jour). Elle assure le soutien des sites hospitaliers de l'hôpital Nord, de la Timone, de la Conception et des hôpitaux Sud. La plate-forme doit permettre, d'une part, de garantir des prestations logistiques de qualité aux patients et aux unités de soins, à un coût optimisé en assurant la continuité des étapes de production – distribution - livraison et, d'autre part, d'améliorer les conditions de

⁵⁹ Le CHU de Toulouse a conduit trois projets de restructuration pour ses fonctions restauration, linge et magasins ; le CHU de Besançon exploite sa blanchisserie dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire en commun avec deux autres établissements.

travail des agents grâce à des équipements innovants et à l'automatisation des tâches les plus pénibles.

Un site de stérilisation est cependant maintenu à l'hôpital de la Timone pour des raisons « aussi culturelles que techniques », selon le CHU. La possible intégration ultérieure évoquée par l'AP-HM doit être considérée avec circonspection, même si des clauses de renégociation sont inscrites dans le contrat de partenariat public-privé qui a été conclu pour la réalisation de cette plate-forme et même si les capacités de cette dernière le permettraient.

Le CHU de Nantes a fait un choix différent. Il regroupera la stérilisation au sein d'un nouveau bâtiment partagé avec les Nouvelles Cliniques Nantaises sur le site de l'hôpital Saint-Jacques, dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

Ces deux exemples, même s'ils ne sont pas d'ampleur comparable, illustrent bien la nécessité d'une réflexion stratégique au sein de chaque CHU sur le regroupement de ses fonctions logistiques ou sur les opportunités de mutualisation avec d'autres établissements.

D - Une difficile densification du patrimoine immobilier

La maîtrise des surfaces, compte tenu des dépenses que celles-ci induisent, constitue un enjeu essentiel pour l'amélioration de la situation financière des hôpitaux.

1 - Un enjeu insuffisamment pris en compte

Selon l'enquête réalisée en 2001 puis rééditée en 2008 par la Conférence des directeurs généraux de CHU, les 22 CHU qui avaient répondu projetaient que, de 2001 à 2012⁶⁰, leur surface globale évoluerait de 5,5 millions de m² SDO à 7,3 millions de m² SDO, soit une progression de 33 % sur la période. Cette projection illustre la préférence au sein de la communauté hospitalière en faveur de la construction de locaux neufs supplémentaires, sans effort de densification du patrimoine existant.

L'examen d'opérations, mises en œuvre durant la dernière période, confirme que la densification du patrimoine n'a pas été généralement une préoccupation partagée par les responsables d'établissements ni même parfois par les instances chargées de valider les projets. Cette tendance à

⁶⁰ La seconde enquête réalisée en 2008 recense l'état des m² existants en 2007 et projetés en 2012.

construire des surfaces supplémentaires traduit une forme de myopie immobilière très préjudiciable à l'équilibre d'exploitation dans le temps des établissements.

Le CHU de Nancy

Dans son rapport d'observations définitives⁶¹ sur la gestion du CHU de Nancy publié en mars 2010, la chambre régionale des comptes de Lorraine relevait ainsi que « le patrimoine du CHU de Nancy a crû durant les 20 dernières années (+ 4 %) alors que la fréquentation a régressé de 14 %. En 2010 avec la mise en service des bâtiments cardiologie et du bâtiment de spécialité médicale, l'augmentation des surfaces a été de 20 % ».

Deux cas de figure peuvent se rencontrer :

- d'une part, certains établissements connaissent encore une problématique de regroupement de sites. Dans la majorité des cas, coexistent alors au moins deux structures : une, historique, installée en centre-ville et une autre, plus moderne (construite dans les années 70 ou 80) en périphérie immédiate de l'agglomération. Dans le meilleur des cas, la rationalisation des activités a été réalisée et les activités, notamment les spécialités chirurgicales, ne doublonnent pas entre les sites. Plusieurs des CHU sont dans cette situation comme Tours ou Besançon. À Tours, les opérations de regroupement n'ont cependant pas été poussées à leur terme puisque subsistent encore trois sites hospitaliers. À Besançon, les délais particulièrement longs du processus de regroupement n'ont néanmoins pas permis une rationalisation complète de l'utilisation des espaces.

Le CHU de Besançon : le difficile aboutissement du projet de regroupement

La réalisation du bâtiment hospitalier Jean Minjoz au début des années 1980 en périphérie de Besançon devait permettre de transférer les activités hospitalières du site historique en centre-ville (hôpital Saint-Jacques). Or, pour des raisons d'économies, le nouveau bâtiment a finalement été amputé, sur une de ses ailes, de quatre étages, ce qui ne permettait plus d'accueillir la totalité des activités hospitalières du site Saint-Jacques.

Le CHU a donc fonctionné depuis 1982 avec deux sites distincts, ce qui a entraîné des difficultés de fonctionnement et des surcoûts importants :

⁶¹ Chambre régionale des comptes de Lorraine, *Rapport d'observations définitives sur la gestion du CHU de Nancy*, mars 2010, p.19.

des investissements immobiliers ont été engagés pour maintenir aux normes le site de Saint-Jacques, au détriment de l'hôpital Jean Minjoz qui a été peu entretenu.

Le projet médical de l'établissement de 2003 a réitéré le projet de regroupement sur le site Jean Minjoz, ce qui a impliqué la construction de nouveaux bâtiments (pour 190,8 M€ financés dans le cadre du plan Hôpital 2007).

Deux autres opérations sont également en cours : la mise aux normes de sécurité de la tour Jean Minjoz en site occupé (coût prévisionnel de 92,4 M€, hors désamiantage) ; l'opération « IRFC-Labo » de construction du plateau technique régional de cancérologie et de restructuration des laboratoires (financée dans le cadre du plan Hôpital 2012 pour un coût prévisionnel de 61,7 M€). L'ensemble de ces opérations devraient être achevées en 2017.

Nonobstant le caractère réellement structurant de ce regroupement, deux limites doivent cependant être soulignées :

- le transfert des services de l'hôpital Saint-Jacques⁶² sur le site de l'hôpital Jean Minjoz s'est fait sans réduction de capacité ni rationalisation organisationnelle : le nouvel hôpital comprend globalement le même nombre de lits et places que précédemment et une organisation des unités similaire à l'ancienne (unités d'hébergement de 20 à 26 lits au lieu des standards actuels de 28 à 32 lits)⁶³ ;

- le regroupement ne sera pas totalement abouti puisque la direction générale du CHU et les directions stratégiques doivent demeurer sur le site historique en centre-ville, faute de place sur le site Jean Minjoz.

– d'autre part, les opérations de construction ne s'accompagnent que très rarement d'une densification, c'est-à-dire soit d'une réduction des surfaces à périmètre d'activités égal, soit d'une augmentation du nombre de services ou d'activités sur une surface donnée. Le plus souvent même on assiste à une augmentation des surfaces d'hospitalisation, liée il est vrai pour une part à la généralisation de chambres à un lit avec sanitaires individualisés⁶⁴.

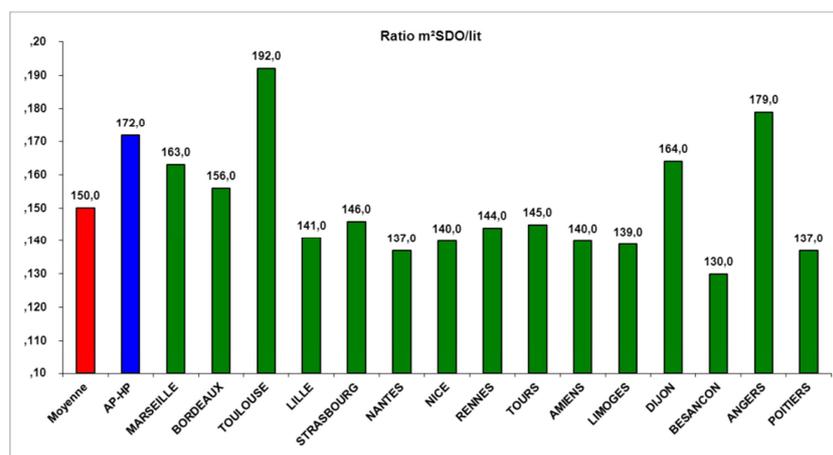
⁶² 435 lits et places installés, 12 salles de blocs opératoires et les services logistiques et techniques.

⁶³ Des rationalisations ont été réalisées comme la centralisation de la biberonnerie, la mise en place d'une unité kangourou.

⁶⁴ Sanitaires devant être suffisamment spacieux pour permettre un accès en fauteuil (norme d'accessibilité).

Certains indicateurs, tels que le ratio m² SDO/lit ou le ratio m² SDO/SU, permettent de mieux mesurer l'effort de densification à mener, hétérogène selon les CHU.

Graphique n° 3 : comparaison du ratio m² SDO / lit entre les CHU en 2011



Source : AP-HP /Conférence des directeurs généraux de CHU

Précaution de lecture : Ces données sont issues d'un recensement de la conférence des directeurs généraux de CHU ; tous les CHU n'ont pas répondu (notamment les HCL) et il n'est pas certain que le mode de recensement des m² SDO, mené par chaque CHU, soit parfaitement homogène.

L'exemple de la construction en cours du nouvel hôpital d'Orléans illustre cette absence de maîtrise des surfaces.

Le nouvel hôpital d'Orléans : une progression de près d'un tiers des surfaces

La construction d'un nouvel hôpital⁶⁵, sur le site de la Source (regroupant les services qui y sont déjà installés ainsi que ceux du site de centre-ville « Porte Madeleine » qui doit être désaffecté et vendu) aurait dû permettre une réduction de surfaces et de capacités. Les données communiquées par l'ARS Centre et l'établissement conduisent au constat strictement inverse :

⁶⁵ La mise en service interviendra en 2015, l'idée du regroupement ayant été validée en 2003.

- l'augmentation de surfaces entre nouveau et ancien hôpital atteint 30 %. Elles passent de 150 300 m² à 199 472 m² (m² SHON). Une partie de l'augmentation provient néanmoins de la progression du ratio de chambres à un lit (qui passe de 20 à 80 %) ;

- le nombre de lits et places augmente également de 10 % à périmètre constant.

L'ARS estime que « le regroupement de deux sites sur un seul doit conduire à faire des économies d'échelle : regroupement de plateaux techniques (équipements lourds, laboratoires, notamment) ; mutualisation de la permanence des soins hospitalière ; diminution des transports inter sites ; existence d'un seul réfectoire ; augmentation du nombre de chambres individuelles permettant la facturation du tarif particulier, etc. Ces éléments seront minorés en partie par de nouvelles dépenses, notamment d'entretien et de chauffage, liées à l'augmentation de la surface ».

La mission d'expertise économique et financière⁶⁶ a audité le plan global de financement pluriannuel 2010 -2020 à la demande du directeur de l'ARS, afin de s'assurer de la soutenabilité budgétaire et financière de l'opération, dont le coût global atteindra 678 M€.

Les conclusions de l'audit rendues en juillet 2011 soulignaient en particulier que « seul le versement pérenne des crédits ministériels [25 M€ par an depuis 2006] permet de limiter la trop forte dégradation de l'autofinancement ».

Une solution de « clos couvert » (qui consiste à construire le gros œuvre -murs porteurs, etc. - sans autre aménagement de second œuvre) sera ainsi mise en œuvre en 2015 sur 60 lits d'hospitalisation et un module de bloc opératoire. La durée d'amortissement du nouveau bâtiment passera de 30 à 40 ans. Les autres ajustements envisagés pour contenir les charges (révision du taux d'aléa de chantier, d'actualisation du coût du bâtiment et baisse des taux d'intérêts) paraissent plus incertains.

2 - Un objectif rarement affiché

Aujourd'hui, sous la contrainte financière, la plupart des CHU rencontrés par la Cour font part d'un objectif général de densification du patrimoine. Ce dernier - qu'il se traduise par une diminution de surfaces et/ ou de la capacité en nombre de lits - est cependant rarement affiché dans les projets d'établissement ou, lorsque cet objectif y figure, il est rarement quantifié.

⁶⁶ Services spécialisés des directions régionales des finances publiques, les MEEF réalisent des expertises sur des projets d'investissement publics ainsi que des évaluations ex-post d'opérations d'investissement achevées.

Deux exemples récents d'affichage d'objectifs volontaristes en matière de densification du patrimoine ont cependant pu être relevés.

Le projet d'établissement 2013-2017 du CHU de Nantes acte, dans la perspective du projet Île-de-Nantes, une baisse de capacité importante, en passant de 1 643 lits et places actuellement à 1 384 à l'horizon 2025. Toutefois, compte tenu des caractéristiques hôtelières actuelles du CHU, la diminution du nombre de lits conventionnels (à l'occasion de l'ouverture de places ambulatoires) ne s'accompagnera pas d'une réduction des surfaces. Les espaces libérés pourront notamment être affectés à l'augmentation du nombre de chambres à un lit, afin d'améliorer les conditions d'accueil des patients.

L'AP-HP a récemment fixé un objectif volontariste de diminution des surfaces. Elle est propriétaire d'une surface bâtie affectée aux soins de 3 763 380 m² (SHON) répartis entre près de 700 bâtiments. Avec un ratio de 172 m² SDO/lit, elle dispose d'une surface SDO rapportée au nombre de lits supérieure à la moyenne des CHU (150 m² SDO/lit). Selon l'établissement, la création récente de nombreux bâtiments neufs s'est faite sans libération de surfaces équivalentes.

Un objectif ambitieux de réduction des surfaces de 15 % d'ici 2015 est désormais fixé par la direction générale. L'évolution de l'indicateur de suivi de cet objectif témoigne cependant de l'ampleur de l'effort à effectuer pour réaliser l'objectif⁶⁷.

Tableau n° 6 : indicateur de suivi de l'objectif de libération de surfaces

Indicateur	31/12/10	31/12/11	Cible 2012
Ratio SHON/lit	170 m ² /lit	179 m ² /lit	157 m ² /lit

Source : AP-HP

E - Des dérives dans la conduite des opérations d'investissement

La plupart des opérations majeures examinées dans les CHU ont duré plus de 10 ans, de la phase d'étude jusqu'à la mise en service, et ont été caractérisées par d'importantes modifications de programmes. Ainsi notamment des deux exemples suivants :

⁶⁷ L'indicateur ne reflète cependant pas l'effort amorcé puisque, depuis 2010, 312 298 m² ont été libérés sur l'ensemble du patrimoine.

- la restructuration de l'hôpital Bretonneau du CHU de Tours s'est étalée de 1998 à mai 2011 (pour une ouverture du dernier bâtiment initialement prévue en 2007) engendrant un surcoût total final de 54,89 M€ par rapport à l'estimation initiale. Les modifications du programme ont été multiples et ont varié selon les bâtiments : mesures liées à la sécurité ou l'hygiène, locaux oubliés lors de l'élaboration des études initiales, ajout d'un parking, modification des surfaces du fait de l'évolution de l'activité, acquisition d'un équipement de pointe imposant des sujétions particulières ;
- pour la réalisation du bâtiment Laennec à l'hôpital Necker, de l'AP-HP, les premières études ont été engagées par l'AP-HP en 1996. Le marché de maîtrise d'œuvre a été notifié en juillet 2004, avec comme objectif la livraison du projet en 70 mois, soit avril 2010. Le projet a été réceptionné en novembre 2012 avec un décalage de 30 mois qui s'explique notamment par de très importantes modifications de programme (intégration de l'Institut de périculture et de périnatalité de Paris et de la pédiatrie de Saint-Vincent de Paul). Le budget final de l'opération s'établit à ce jour à 196,4 M€ TDC⁶⁸ alors que le budget initial était de 155 M€ TDC, soit un surcoût de plus de 26 %⁶⁹.

Certaines modifications de programme peuvent, il est vrai, répondre à une demande de la tutelle régionale dans un souci de meilleure mutualisation et de densification des projets. Ainsi des deux opérations suivantes :

- l'opération Pasteur 2 au CHU de Nice regroupe deux hôpitaux (l'hôpital Pasteur actuel et l'hôpital St-Roch) à l'Est de la ville. La mise en service opérationnelle initialement prévue en février 2011 a été régulièrement décalée ; une première tranche devrait être ouverte à l'été 2014 et la seconde en juin 2015. Alors que le chantier était déjà lancé, l'agence régionale de santé a demandé à ce que les surfaces soient optimisées en cohérence avec l'évolution de l'activité médicale (installation d'un pôle clinique urologie –

⁶⁸ Le coût TDC (toutes dépenses confondues) d'une opération immobilière comprend : les honoraires des prestataires, les coûts de travaux, les frais (revalorisation, aléas, TVA, etc.). Ne sont pas inclus : le coût d'acquisition du foncier, les frais financiers liés au financement de l'opération immobilière.

⁶⁹ Le surcoût lié aux modifications de programmes est de 14 M€ (sur un total de 41,4 M€ de surcoûts pour cette opération). Cependant ce surcoût devrait être relativisé afin de tenir compte des économies attendues en raison de la fermeture du service de Saint-Vincent de Paul.

- néphrologie, concentration des fonctions logistiques centrales et intégration de la trésorerie hospitalière) ;
- l'opération du nouvel hôpital « Bocage central » du CHU de Dijon a été examinée par la chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté⁷⁰ qui souligne que la tutelle régionale a demandé au CHU de Dijon, alors que le chantier était déjà en cours, d'augmenter la capacité de production de la stérilisation et d'y intégrer les activités de stérilisation du centre anticancéreux et des cliniques dijonnaises. Ces diverses modifications ont eu une incidence de 12 mois sur la durée des travaux qui est passée de 33 mois à 45 mois. L'incidence financière sur le seul marché de travaux est un surcoût de 13,8 M€ HT, soit une majoration de 7,8 % du marché initial.

A contrario, le CHU de Besançon a essayé de limiter au maximum les dérives financières et calendaires de l'opération de regroupement sur le site Jean-Minjoz. Le programme acté en 2006 a été réalisé sans tenir compte des demandes d'adaptation formulées qui ont été traitées après la fin de chantier. Ces demandes ont été examinées par les services administratifs, techniques et la communauté médicale entre la fin de chantier et l'emménagement des services, de manière à ne retenir que celles considérées comme indispensables. Une fois validées au plan institutionnel, elles ont été réalisées en post-chantier et sont incluses dans le coût final de l'opération de 191 M€ TDC⁷¹.

Comme l'avait relevé la Cour dans le rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale 2011⁷², les CHU n'ont que tardivement engagé une dynamique de meilleure efficacité et de gains de productivité par des réorganisations, ayant d'abord cherché à optimiser leurs recettes pour faire face à la fragilité de leur situation financière et ayant bénéficié par ailleurs de dotations forfaitaires au titre de leurs missions d'intérêt général et de leurs activités d'enseignement et de recherche et d'aides contractuelles importantes qui ont compensé en large part l'incidence de la mise en place de la tarification à l'activité. Les opérations immobilières qu'ils ont conduites apparaissent au surplus souvent insuffisamment restructurantes.

⁷⁰ Rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Bourgogne, Franche-Comté du 26 septembre 2012 sur la gestion du CHU de Dijon.

⁷¹ Pour un coût estimé, en 2007, de 181 M€ TDC, réévalué à 191 M€ TDC en 2008 (incluant la résolution de problèmes géotechniques).

⁷² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2011*, Chapitre VIII. Le financement des centres hospitalo-universitaires, documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les opérations immobilières de la dernière décennie n'ont pas permis autant qu'il aurait été possible la rationalisation et la réorganisation de l'offre de soins et le dégagement de gains d'efficience au sein des établissements. Le poids accru des contraintes normatives s'est plus accompagné de la mobilisation de moyens techniques et financiers pour une mise en conformité toujours incomplète que d'une réflexion stratégique en termes de restructuration en profondeur ou de libération de sites. Le développement des prises en charge ambulatoires, la mutualisation des plateaux médico-techniques, le regroupement des fonctions logistiques, la densification des surfaces existantes et leur diminution n'ont pas été, tant s'en faut, aussi activement recherchés qu'il aurait été indispensable pour que l'assurance maladie soit assurée d'un retour d'investissement effectif et rapide en contrepartie des considérables financements complémentaires qu'elle a apportés dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 et qui continueront à peser sur elle, encore longtemps, au travers du remboursement de la dette hospitalière.

La Cour formule les recommandations suivantes :

3. conditionner strictement les aides à l'investissement hospitalier à des diminutions de capacité, à des réductions de surface et à des gains de productivité précisément documentés ;

4. déterminer, en particulier, pour tout projet d'investissement visant à la création d'unités dédiées à l'ambulatoire, un objectif cible de réduction des surfaces et des lits dédiés à la chirurgie conventionnelle ;

5. mutualiser les expertises hospitalières en matière de normes pour contribuer plus activement au processus d'élaboration de celles qui ont un impact sur les établissements de santé ;

6. intégrer, dans les schémas directeurs immobiliers des CHU, les opérations de mise en conformité à réaliser sur les bâtiments hospitaliers existants (nature, coût, priorisation) ainsi qu'un volet performance énergétique comprenant des objectifs précis et un calendrier cible pour 2020 ;

7. mettre à jour le « guide d'accès à la réglementation et aux recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé ».

Chapitre III

La nécessité d'une gestion immobilière plus efficace

À une culture hospitalière qui s'est toujours voulue celle de bâtisseurs réinventant chaque fois l'hôpital doit succéder un professionnalisme de gestion exigeant : la situation financière des CHU comme celle de l'assurance maladie ne permettront plus avant longtemps un effort d'investissement aussi lourd que celui de la dernière décennie. Si les équipes hospitalières sont en première ligne, les tutelles régionales et locales doivent se mobiliser aussi pleinement à cet effet.

I - Une approche plus stratégique et plus professionnelle au sein des CHU

La gestion immobilière des CHU a plus été guidée jusqu'ici par une approche opportuniste en fonction des financements disponibles ou par les obligations de mise en conformité que par une vision de moyen et long termes articulant étroitement anticipation des progrès médicaux et des évolutions des modes de prise en charge, recherche des organisations les plus efficaces, et reconsidération en cohérence des problématiques immobilières. La montée de leur endettement montre les limites et les risques de la politique suivie jusqu'ici.

A - Une montée préoccupante de l'endettement.

Les investissements très importants des CHU depuis dix ans ont été financés par un recours massif à l'emprunt avec pour conséquence un encours de dette très élevé et une charge d'intérêts d'emprunts croissante qui pèse sur leur exploitation.

Entre 2003 et 2011, les CHU ont largement porté la croissance des investissements hospitaliers.

Au cours des dix dernières années, les dépenses des CHU (18 Md€) ont représenté 36 % du total des dépenses d'investissement des établissements publics de santé. L'encours de leur dette (près de 10 Md€ en 2011) représente 37 % de la dette hospitalière totale qui a atteint 24 Md€ et doublé sur cette période. L'encours de la dette des CHU a progressé de 250 % contre +171 % pour l'ensemble des établissements publics de santé.

Tableau n° 7 : évolution du financement des investissements des CHU (2003-2011) en M€

Total CHRU + AP-HP	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Capacité d'autofinancement (1)	1026	1243	952	1108	846	947	1204	1246	1480
Plus-value de cessions (2)	28	134	30	52	30	35	19	66	60
Subventions reçues et apports (3)	77	137	125	99	101	87	106	66	157
Financements d'investissement 1+2+3	1131	1513	1107	1259	977	1069	1329	1378	1698
Dépenses d'investissement	1283	1621	1772	2059	2128	2313	2447	2227	2112
Encours de la dette (cumulée)	2837	3221	3499	4147	5219	6812	8199	9186	9933

Source : DGFIP

La charge des intérêts d'emprunts pèse ainsi de plus en plus lourdement sur les CHU.

Tableau n° 8 : intérêts d'emprunts versés par les CHU (en M€)

	2009	2010	2011	2012	Evol 09-11
Cpte 6611	224	252	300	327	46 %

Source : Cour des comptes d'après données DGFIP

Plus généralement, les CHU ont concentré sur la période récente l'essentiel des déficits hospitaliers : en 2011, leur déficit s'est élevé à 321,3 M€ et a représenté 63 % du déficit cumulé des établissements publics de santé. Si les premières données provisoires sur l'exercice 2012 font apparaître une amélioration de leur situation financière, celle-ci semble davantage circonstancielle que structurelle.

Dans ce contexte, les enjeux de maîtrise des coûts d'exploitation sont centraux et doivent être placés au cœur de la stratégie immobilière des CHU.

B - La formalisation d'une stratégie immobilière claire

Dans le cadre résultant de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, la définition d'une stratégie immobilière s'inscrit dans la déclinaison du projet régional de santé arrêté par l'agence régionale de santé et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre le CHU et l'agence. En fonction de ces orientations, un projet d'établissement, adopté par le conseil de surveillance, définit la politique générale de l'établissement pour une durée maximale de cinq ans.

À partir de ce dernier, le CHU peut préciser sa politique immobilière à travers un document d'orientation intitulé le plus souvent « schéma directeur » ou « plan directeur »⁷³. Ce document est parfois un volet du projet d'établissement. Dans certains cas, un schéma directeur pluriannuel préexiste au projet d'établissement et est actualisé à l'occasion de l'élaboration du nouveau projet d'établissement.

⁷³ Selon l'annexe 1 de la circulaire du 20 septembre 2006 relative au contrôle des investissements des établissements publics de santé, « le plan directeur est à l'hôpital ce que le plan d'urbanisme est à la ville. Son objectif est la mise en place d'un ensemble cohérent, répondant bien aux fonctions réelles de l'établissement de soins. Il est le résultat d'une étude à caractère urbanistique, architectural et financier. Il intègre des objectifs et des étapes transitoires de fonctionnement. Il peut nécessiter un découpage en tranches viables, permettant à l'aide de programmes d'investissement, de passer de l'état existant à l'état futur pour assurer la satisfaction des besoins ».

La rédaction et l'adoption d'un tel document restent cependant une faculté. En effet, contrairement au projet médical et au projet d'établissement, l'élaboration d'un schéma directeur (ou plan directeur) n'est pas obligatoire.

Les projets d'établissement des 7 CHU examinés dans le cadre de l'enquête consacrent de fait une part très variable à la question immobilière, l'approche se faisant principalement sous l'angle d'opérations immobilières nouvelles. Seuls trois établissements (Besançon, Nantes, Tours) s'appuient sur un schéma directeur ou plan directeur immobilier en cours. Quant à l'AP-HP, elle a initié en 2010-2011 l'élaboration de schémas directeurs immobiliers et techniques au niveau de chaque groupe hospitalier. Ils permettent, compte tenu des contraintes financières, d'éclairer les décisions d'investissement immobilier et de valorisation du patrimoine.

Tableau n° 9 : projets d'établissement et schémas directeurs dans les CHU de l'enquête

	Projet d'établissement	Schéma ou plan directeur immobilier
AP-HM	Projet d'établissement 2010-2014 Cibles stratégiques 2020	Non
AP-HP	Plan stratégique 2010-2014	En cours d'élaboration
CHU de Besançon	Projet d'établissement 2010-2013	Plan directeur 2010-2013
CHU de Nantes	Projet d'établissement 2013-2017	Plan directeur 2013-2017
CHU de Toulouse	En cours d'élaboration	Non
CHU de Tours	Projet d'établissement 2012-2016	Plan directeur
HCL	Projet d'établissement 2009-2013	Non

Source : CHU

La politique immobilière définie par les CHU dans leurs documents d'orientation doit ensuite être déclinée de manière opérationnelle, concrétisée par une documentation et des modalités d'organisation permettant la mise en œuvre des décisions relatives à la gestion du patrimoine immobilier.

Les opérations d'investissement doivent en particulier être traduites dans un programme d'investissement identifiant, pour chaque opération, son objet, son montant et ses échéances. En pratique, faute de parution des textes d'application de l'article D. 6145-64 du code de la santé publique, la plupart des documents « programme pluriannuel d'investissement » communiqués par les CHU sont apparus sommaires.

Le programme d'investissement

Selon l'article D. 6145-64 du code de la santé publique⁷⁴, le programme d'investissement comporte notamment les informations suivantes :

- pour les opérations de travaux (...) dont le coût total est supérieur à un seuil qui peut être différent selon les établissements et qui est fixé par arrêté (...): la liste détaillée des opérations ; leur montant prévisionnel ; les échéances prévisionnelles ; une fiche de présentation de chaque opération de travaux ou de systèmes d'information ;

- pour les autres opérations de travaux (...) ainsi que les acquisitions de terrains : le montant annuel par nature d'opération.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités de présentation de ces informations. Ce texte n'a toutefois pas été publié à ce jour⁷⁵.

Comme la Cour le soulignait dans sa communication de novembre 2011, il est essentiel qu'une stratégie immobilière soit explicitement définie et qu'elle fasse l'objet d'une formalisation et d'une large publicité : élaboration d'un schéma directeur spécifique, délibération du conseil de surveillance, déclinaison sous forme de programmes d'investissement, communication auprès des salariés et des différentes parties prenantes, etc. Elle recommandait en ce sens de rendre obligatoire la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier.

Cette recommandation n'a pas été suivie d'effet à ce stade, alors même que l'élaboration d'un tel document et son caractère opposable seraient de nature à faciliter le pilotage des problématiques immobilières des CHU, qui plus encore que les autres établissements de santé sont confrontés à des risques de remise en cause de leurs efforts de rationalisation. Au-delà du rôle traditionnellement actif du maire de la commune siège du CHU, dont il préside généralement personnellement le conseil de surveillance, le poids des instances universitaires et les prises de position publiques de certains praticiens et chercheurs de forte notoriété peuvent interférer avec les nécessités de reconfiguration de l'offre de soins.

⁷⁴ Modifié par le décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé.

⁷⁵ Seraient envisagés un seuil de 5 M€ HT pour les centres hospitaliers régionaux et de 10 M€ HT pour l'AP-HP.

Dans certains cas, l'intervention des acteurs locaux peut de fait représenter un frein important dans la conduite d'opération ou dans la définition d'une stratégie immobilière. La politique immobilière conduite au CHU de Tours sur le site de Bretonneau en est un exemple significatif.

Les difficultés du regroupement du pôle pédiatrique du CHU de Tours

Les travaux de restructuration de l'hôpital Bretonneau, prévus par le plan directeur de 1994 et commencés en 1998, se sont achevés début 2011.

Pendant, les résistances locales (élus et population) n'ont pas permis le regroupement des services de l'hôpital pédiatrique Gatien de Clocheville⁷⁶ sur le site de Bretonneau. Le CHU de Tours dispose ainsi d'une maternité de niveau 3 sur le site de Bretonneau alors que les services de réanimation néo-natale sont installés sur le site de Gatien de Clocheville (distant de 800 à 900 mètres), ce qui n'est pas conforme à la réglementation⁷⁷.

Le projet d'établissement 2012-2016 envisage dans un premier temps, le transfert de la réanimation néo-natale sur le site de Bretonneau afin de mettre la maternité du CHU aux normes puis, dans un second temps et sans perspective calendaire précise, le transfert du service pédiatrique vers le site principal du CHU à Bretonneau. La nécessité de ce regroupement est mentionnée dans le contrat passé avec l'ARS pour la période 2012-2016 mais dans un délai encore lointain : « en tout premier lieu, l'implantation des activités de réanimation néonatale et de néonatalogie à Bretonneau est une exigence qui sera atteinte dans un délai de 4 ans ».

Il est tout à fait dommageable que le projet immobilier majeur de restructuration de l'hôpital Bretonneau n'ait pas été l'occasion de transférer d'emblée l'ensemble des activités pédiatriques du site de Clocheville vers le site de Bretonneau. Tout nouveau projet immobilier sur le site de Bretonneau, génèrera des coûts et des délais supplémentaires.

C - La priorité de la maintenance

Avec des différences liées à leur taille respective, tous les CHU sont confrontés à un enjeu de maintenance à la fois quantitatif (l'AP-HM

⁷⁶ L'hôpital pédiatrique Gatien de Clocheville est un ancien hôtel particulier construit à la fin du XVIII^e siècle et transformé en hospice en 1881. Il est entièrement dédié aux enfants de 0 à 16 ans. Il regroupe les activités de médecine, de chirurgie, les urgences pédiatriques, le centre de nutrition, le CAMSP et la Maison des parents.

⁷⁷ Même si la maternité dispose d'une unité de pédiatrie (1 lit de réanimation néonatale, 8 lits de néonatalogie) en mesure d'assurer la prise en charge de réanimation sur le site de Bretonneau, avant un éventuel transfert du nouveau-né.

gère ainsi 24 838 équipements situés dans de multiples locaux dispersés géographiquement, dont près de 7 500 unités terminales de climatisation, plus de 1 000 unités de traitement d'air, 258 ascenseurs, 912 portes ou portails automatiques, 31 groupes électrogènes, etc.) et qualitatif (des équipements et des bâtiments d'une technicité croissante dont le bon fonctionnement conditionne l'activité générale de l'établissement).

Eu égard à l'importance des investissements récents des CHU, la maintenance des bâtiments nouveaux doit constituer pour eux un objectif prioritaire pour, selon l'expression d'un des interlocuteurs de la Cour, faire en sorte de parvenir à « l'hôpital neuf de 30 ans ».

1 - La faible intégration de la maintenance dès la phase de la conception

a) Une préoccupation très récente

L'intégration de la problématique de la maintenance dès la phase de conception du projet paraît encore rare et limitée aux opérations les plus récentes. Plusieurs explications ont été avancées au cours de l'enquête :

- la difficulté intrinsèque de cet exercice d'évaluation-prévision : l'établissement doit en effet pouvoir mesurer et traduire l'intégralité des effets d'une opération nouvelle d'investissement en matière de charges de maintenance, traduire tous les effets induits par des ressources affectées, tout en maintenant un niveau d'évolution des charges compatibles avec la situation de l'établissement. Le recours à un programmiste extérieur n'est pas nécessairement garant à cet égard d'une évaluation fiable si ce dernier ne dispose pas d'une expertise très spécialisée ;
- la longueur des études, des procédures et des chantiers : elle est telle que la plupart des opérations, même récentes, ont été conçues à une époque où les établissements n'étaient pas incités à « bâtir économe » ;
- la priorité donnée par les établissements et les tutelles à la maîtrise du calibrage financier de l'investissement au détriment d'une approche en termes de coût global du projet.

Contrats de partenariat public-privé et maintenance

Compte tenu de travaux menés en parallèle avec les chambres régionales des comptes sur les partenariats publics-privés, la Cour n'a pas approfondi cette problématique dans le cadre de la présente enquête⁷⁸. Deux exemples relatifs aux aspects d'exploitation et de maintenance ont cependant été relevés.

Un bail emphytéotique hospitalier a été conclu par l'AP-HP pour la construction du pôle d'endocrinologie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (13 500 m² SDO) ; il prévoit un loyer annuel (€ courants) de 498 K€ TTC pour le volet gros entretien renouvellement et de 382 K€ TTC pour le volet maintenance. La répartition des tâches en exploitation et en maintenance entre le groupement hospitalier et l'emphytéote est fixée dans une annexe au programme. Selon l'AP-HP, elle a permis de maîtriser le coût du contrat en répartissant au mieux le travail entre les acteurs.

La procédure de conception-réalisation-maintenance permet également d'intégrer l'entretien et la maintenance de l'ouvrage édifié. Ce type de contrat nécessite cependant un suivi vigilant de la part de l'établissement comme le montre l'exemple de l'AP-HM qui a renégocié le contrat passé avec un partenaire privé sur le bâtiment psychiatrique de l'hôpital de la Conception. Le coût des prestations de maintenance a été jugé trop élevé même si la qualité du service rendu était jugée satisfaisante. Certaines fonctions externalisées ont été ré-internalisées (la maintenance électrique par exemple) ou reprises en direct (comme la gestion du sous-traitant ascensoriste). Le coût de la maintenance de ce bâtiment a été divisé par deux, de 780 K€ par an à 330 K€ par an. Les activités ré-internalisées sont gérées par l'AP-HM sans recrutement supplémentaire.

b) Des organisations internes en cours d'adaptation

Les schémas d'organisation des équipes dans une perspective de décloisonnement mis en œuvre dans certains CHU paraissent plus favorables à une meilleure prise en compte *ab initio* de la maintenance.

Ainsi, au CHU de Nantes, les ressources travaux neufs/réhabilitation lourde et maintenance sont désormais intégrées dans le même service technique, ce qui permet la collaboration des acteurs maintenance et travaux. Les ingénieurs « responsables techniques de maintenance immobilière de site » sont systématiquement associés dès la phase de programmation et tout au long des travaux. Tous les corps d'état

⁷⁸ Dans le cadre du plan Hôpital 2007, au total 18 opérations immobilières ont été conduites en BEA (bail emphytéotique administratif) /BEH (bail emphytéotique hospitalier) et 6 autres en contrat de partenariat.

sont généralement sollicités pour les spécifications des matériaux, des technologies préconisées. Ce mode d'organisation associant les opérateurs de maintenance permet d'anticiper la prise en charge de nouveaux bâtiments. Pour certaines opérations pour lesquelles il a été considéré que la maintenance externe serait mobilisée après leur livraison, les appels d'offre peuvent comporter, à côté des lots pour l'exécution des ouvrages, des lots maintenance. Le choix de l'opérateur de maintenances est alors effectué en même temps que le choix du constructeur de l'ouvrage et/ou fournisseur des équipements.

2 - Le changement de profil des équipes de maintenance

Tous les CHU de l'enquête ont réfléchi à la répartition entre maintenance interne et externalisation. Les CHU se situeraient actuellement dans un ratio 2/3 (en interne) - 1/3 (en externe).

Faire ou faire faire : internalisation/externalisation

Une étude de la conférence des directeurs généraux de CHU portant sur l'organisation de la maintenance dans les CHU, distingue les solutions envisageables selon trois grandes fonctions :

- l'entretien des bâtiments et les agencements intérieurs (maçonnerie, peinture, faux plafond, revêtements de sols) : ces activités sont majoritairement externalisées, quelques interventions ponctuelles étant réalisées par les équipes internes ;
- l'entretien des réseaux (électricité, gaz médicaux, courants faibles, eau, ventilation, chauffage) : la conférence distingue les systèmes de production, pour lesquels la grande spécificité des compétences requises fera privilégier le recours à des entreprises extérieures (tout en conservant en interne une compétence très qualifiée de supervision), des réseaux de distribution pour lesquels les impératifs de sécurité, de continuité, d'intervention en site occupé, de rapidité de réaction imposent de conserver des compétences internes très bien formées. Dans ce secteur des réseaux, l'étude liste, en outre, une série de domaines dans lesquels les CHU auraient besoin de renforcer leurs compétences : traitement des eaux, traitement de l'air dans les installations spécifiques (blocs, réanimation, etc.), réseaux téléphoniques, gestion des systèmes de sécurité incendie ;
- l'entretien des équipements : il n'y a pas de règle générale dans ce domaine mais quelques précautions à prendre en cas d'externalisation comme les prêts de matériel de remplacement en cas de panne. L'étude préconise de conserver des compétences polyvalentes en électricité, électromécanique, hydraulique, mécanique, etc.

Le recours à l'externalisation a une incidence sur le profil des équipes de maintenance du CHU, celles-ci évoluant davantage vers des missions de supervision des travaux. Il entraîne de ce fait une redéfinition des métiers conservés à l'hôpital qui se transforment progressivement en contrôle de l'exécution. Les qualifications attendues changent également, les techniciens supérieurs (niveau de recrutement BTS et DUT) remplaçant les maîtres ouvriers. Cette modification des profils touchent quasiment tous les CHU.

Les évolutions d'organisation des services de maintenance : l'exemple des Hospices civils de Lyon

Les HCL ont progressivement fait évoluer l'organisation et le pilotage de la maintenance depuis le début des années 2000. L'organisation actuelle présente deux spécificités :

- l'identification de quatre domaines stratégiques (courant fort, courant faible, traitement de l'air, énergie) à partir desquels l'organisation est déclinée : chacun de ces domaines est suivi par un référent-expert au niveau central, par une équipe dédiée dans chaque groupement hospitalier avec un ingénieur spécialisé à la tête et, sur site, par un technicien supérieur hospitalier qui assure la responsabilité de l'atelier. Le choix a été fait d'avoir un haut niveau d'expertise sur ces quatre secteurs de manière à assurer un suivi spécifique de la veille réglementaire et technologique, le conseil en investissement, la maintenance ;

- une contractualisation interne : des contrats internes d'objectifs et de résultats sont mis en place entre chaque direction de groupement hospitalier et la direction transversale de la maintenance. Ces contrats définissent des engagements en matière de niveau de service de maintenance pour les bâtiments et installations, en fonction du niveau de criticité de chaque équipement, et fixent des modalités de suivi.

3 - La modernisation indispensable de la gestion de la maintenance

Le recours à la gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) est une évolution relativement récente dans le pilotage de la maintenance. Certains CHU n'en disposent pas encore mais travaillent actuellement à son implantation.

Les fonctions les plus courantes de ces progiciels sont la gestion des équipements (inventaire des équipements, localisation, gestion d'information dédiée par type d'équipement) et la gestion de la maintenance (corrective et préventive). La GMAO nécessite généralement une adaptation de l'organisation des services techniques.

Les intérêts d'un tel outil sont multiples puisqu'il permet d'améliorer la fiabilité et la disponibilité des équipements (garantissant la continuité de l'activité hospitalière), de disposer de l'historique des travaux de maintenance, d'améliorer la planification des interventions (en particulier pour la maintenance préventive), de mieux contrôler l'activité des prestataires externes ou encore de fournir des indicateurs permettant d'objectiver les décisions de renouvellement d'équipements.

La mutualisation des achats de maintenance: le programme PHARE

Au regard de l'importance de la fonction achats pour les hôpitaux publics (18 Md€ de dépenses annuelles), la direction générale de l'organisation des soins a lancé, en octobre 2011, le programme PHARE (Performance hospitalière des achats responsables). Son objectif est de dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire de mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux. Ce programme doit ainsi permettre un gain d'économies estimé à 900 M€ en trois ans, par la mutualisation des achats, la valorisation de la fonction d'acheteur et la diffusion de bonnes pratiques.

Un travail spécifique a été mené sur le segment « dépenses immobilières » pour lequel les dépenses des CHU représentent plus du tiers des dépenses totales.

Plusieurs bonnes pratiques et opportunités de gains d'achat ont été identifiées, aboutissant à des propositions de recommandations : mutualisation des contrats de maintenance au niveau du territoire régional (ascenseurs), mise en place de contrats de maintenance multi-technique (contrat unique tous corps d'état), recours aux marchés groupés de contrôle réglementaire, structuration de la fonction achat de la maîtrise d'ouvrage dans des opérations de réhabilitation de bâtiments ou de réaménagement des locaux.

L'enjeu est désormais d'accompagner la diffusion nationale de ces recommandations auprès des établissements, le constat étant que le segment « dépenses immobilières » est encore peu exploré par la fonction « achats » et qu'il existe des marges de progression importantes.

4 - Une maintenance préventive⁷⁹ à privilégier

Types de maintenance

Maintenance préventive : maintenance exécutée à des intervalles prédéterminés ou selon des critères prescrits et destinée à réduire la probabilité de défaillance ou la dégradation du fonctionnement d'un bien.

→ *Maintenance programmée* : maintenance préventive exécutée selon un calendrier préétabli ou selon un nombre défini d'unités d'usage ;

→ *Maintenance systématique* : maintenance préventive exécutée à des intervalles de temps préétablis ou selon un nombre défini d'unités d'usage mais sans contrôle préalable de l'état du bien ;

→ *Maintenance conditionnelle* : maintenance préventive basée sur une surveillance du fonctionnement du bien et/ou des paramètres significatifs de ce fonctionnement intégrant les actions qui en découlent.

Maintenance corrective : maintenance exécutée après détection d'une panne et destinée à remettre un bien dans un état dans lequel il peut accomplir une fonction requise.

Les CHU ont, pour la plupart, entamé une réorientation de leurs actions de la maintenance corrective vers la maintenance préventive. Ce mouvement a été accompagné par la diffusion d'outils au niveau national tels Horizons Maintenance développé par l'ANAP.

L'outil détaille 60 gammes de maintenance⁸⁰ préventive, relatives à tous les équipements critiques des établissements (chauffage - ventilation - climatisation, eau et plomberie sanitaire, gaz médicaux, électricité - courants forts et faibles - sécurité incendie, transports automatisés, appareils élévateurs). Il est connu et utilisé par les établissements. Ainsi, le CHU de Tours s'en est servi pour quantifier la charge de travail correspondant à la maintenance préventive. L'outil Quick Scan (développé par l'ANAP pour évaluer le degré de maturité de l'organisation de la maintenance) a été utilisé par le CHU pour élaborer une photographie de l'organisation de la maintenance, lister l'ensemble des points à prendre en compte pour manager la fonction maintenance et pointer les points faibles de l'organisation.

⁷⁹ À l'occasion de la conception de l'outil « HorizonS Maintenance », première approche des processus de maintenance préventive des bâtiments neufs et existants (septembre 2009), l'ANAP a évalué qu'une indisponibilité de 1 % du temps utile hospitalier représentait une perte de chiffre d'affaires de 700 M€.

⁸⁰ La gamme de maintenance est une liste d'opérations successives qui permettent aux techniciens de réaliser l'opération de maintenance.

D'autres pratiques sont aussi possibles. Les HCL ont défini leurs propres gammes de maintenance. Lorsqu'elle est assurée en interne, la maintenance préventive fait l'objet d'une planification où sont identifiés les agents en charge des interventions. Lorsqu'elle est externalisée, les gammes de maintenance sont indiquées au contrat.

D - Un besoin de professionnalisme accru

1 - Une articulation plus étroite de la fonction de gestion du patrimoine immobilier avec les directions stratégiques

L'organisation de la gestion du patrimoine immobilier dans les CHU est variable selon les établissements, même si le dénominateur commun est qu'elle repose –en tout ou partie– sur une direction technique comprenant généralement des services spécialisés par domaines d'activités : architecture, conduite des opérations d'investissement, maintenance et exploitation du patrimoine immobilier (voire des équipements bio-médicaux). La sécurité-sûreté est parfois également incluse dans les missions de la direction technique. Des services supports commande publique/achats interviennent également ; ils sont intégrés ou non à la direction technique. D'autres directions fonctionnelles sont également concernées par la mise en œuvre de la politique immobilière : direction des finances, direction juridique, direction médicale, mais dans une relation encore souvent imprécise.

Exemples d'organisation de la fonction de gestion patrimoniale

Au CHU de Nantes, alors que la direction du plan est responsable de la « politique de gestion patrimoniale » (dont le plan directeur), la direction des travaux et des techniques est l'opérateur interne chargé d'exécuter les décisions et orientations prises et a la responsabilité de la gestion courante et opérationnelle du patrimoine. C'est, par exemple, la direction du plan qui affecte les surfaces aux activités du CHU, la direction des travaux et des techniques étant chargée de mettre en œuvre ces affectations. Cette dernière comprend deux services chargés de la gestion du patrimoine immobilier : le service technique (en charge de l'ingénierie travaux, de la maintenance technique et immobilière, de l'administration des marchés), le service sécurité-sûreté (en charge de la sécurité des personnes contre les risques incendie, de la surveillance des sites, des dépannages techniques hors heures ouvrables).

À l'AP-HP, la nécessité de mettre en concordance les préoccupations d'investissement avec les enjeux financiers a conduit au regroupement de trois directions (finances, investissement, patrimoine) en une seule, la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP), placée sous la responsabilité de la directrice des finances. La DEFIP a dans ses missions : la stratégie patrimoniale, le suivi financier des investissements, la programmation et la conduite d'opérations immobilières importantes et la politique de sécurité et de maintenance des bâtiments. Au niveau des groupes hospitaliers, une direction des investissements et de la maintenance exerce les missions d'entretien du patrimoine, de maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage, de maintenance du patrimoine et des installations techniques.

Il importe que tous les CHU rapprochent ou unifient les différents services ou directions concourant à la gestion immobilière⁸¹ avec la préoccupation d'une plus grande efficacité.

Malgré leur dimension, les CHU ne sont cependant pas tous à même de pouvoir disposer en interne des compétences de haut niveau qu'exige la technicité de certaines des opérations qu'ils ont à conduire.

2 - Le renforcement de la maîtrise d'ouvrage

La fonction de maître d'ouvrage nécessite en particulier des compétences spécifiques dont le CHU doit savoir se doter, au besoin en faisant appel à des spécialistes externes.

La conférence des directeurs généraux de CHU a mené, en 2006, une réflexion sur les nouveaux métiers de la maîtrise d'ouvrage. Celle-ci mettait en évidence le recours majoritaire à un appui externe dans les différentes phases de l'opération d'investissement⁸² (en particulier pour les constructions neuves). Ainsi, alors que la programmation des locaux administratifs était effectuée à 100 % par les équipes internes des CHU, la

⁸¹ Il n'a pas été possible, dans le cadre de l'enquête, d'appréhender avec précision le nombre et type de personnels intervenant dans la gestion du patrimoine immobilier. Certains CHU n'ont pas toujours été en capacité de fournir la totalité des informations demandées relatives à ce personnel (nombre d'ETP, statut, qualifications, missions). Les données ne sont, par ailleurs, pas renseignées de manière homogène, rendant les comparaisons difficiles.

⁸² Une procédure classique (en loi MOP) comprend plusieurs étapes :

- une phase d'études préalables ;
- une phase de programmation (programme fonctionnel et capacitaire) ;
- une phase de conception (avant-projet sommaire, avant-projet détaillé) ;
- une phase de réalisation des travaux ;
- une phase de réception et de mise en service.

programmation était réalisée à 50 % en externe pour les unités d'hospitalisation et les plateaux techniques et à 100 % en externe pour les laboratoires et la logistique. Pour la phase de conception d'une construction neuve, 70 % des établissements faisaient appel à une assistance à maîtrise d'ouvrage (alors que la phase de conception des opérations de réhabilitation n'était réalisée que dans 50 % des cas en externe). Enfin, 50 % des CHU avaient recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage durant la phase de réalisation d'une construction neuve (contre 20 % des CHU pour les réhabilitations, en raison de l'interaction forte avec des ouvrages existants).

Cette analyse soulignait l'importance de la phase de programmation comme condition de réussite d'une opération (adéquation des locaux aux exigences, délais, budgets) et la nécessité absolue pour l'établissement de maîtriser cette phase et donc la totalité de la démarche. En effet, la bonne prise en compte, à cette étape, de l'activité, de l'organisation fonctionnelle et spatiale, du dimensionnement, des coûts immobiliers conditionne grandement la réalisation d'un bâtiment hospitalier adapté lors de son ouverture et adaptable sur le moyen et long terme.

L'hôpital a-t-il toujours besoin d'un geste architectural fort ?

La question se pose au regard des contraintes majeures qui encadrent la construction d'un hôpital et des conséquences des choix architecturaux initiaux sur l'exploitation et l'entretien des bâtiments dans la durée.

L'architecture hospitalière a connu des périodes de normalisation assez poussée avec la diffusion de modèles types de bâtiments entre les années 60 à 80 avec les différents modèles Beaune (1966), Fontenoy (1974), Duquesne (1976) notamment, dont certains CHU conservent encore l'empreinte. Cependant, l'hôpital, lieu symbolique entre tous, a été traditionnellement l'objet d'une forte inventivité architecturale, même si la conception d'un bâtiment hospitalier sous contraintes fortes impose d'une certaine façon, une limitation et une harmonisation des réponses possibles, comme le soulignait déjà en 1788 Jacques Tenon dans ses « Mémoires sur les hôpitaux de Paris ».

« L'évolution actuelle favorise l'émergence de typologies caractéristiques, privilégiant les organisations horizontales, autour d'un axe de distribution linéaire et central. Deux typologies dominantes se sont imposées :

- les organisations en blocs juxtaposés, positionnant les hébergements et le plateau technique de part et d'autre d'un axe central ;
- les organisations superposées, avec les hébergements positionnés au-dessus du plateau technique, dans des configurations plus ou moins compactes »⁸³.

À l'heure actuelle, chaque hôpital cherche dans ses nouvelles constructions, en quelque sorte, à inventer l'hôpital de l'avenir. Les notions de flexibilité, d'évolutivité ou de modularité ainsi que l'impact de l'architecture sur l'exploitation ultérieure des bâtiments sont, cependant, encore trop peu pris en compte, alors même qu'il s'agit d'enjeux essentiels. Le bâti hospitalier rénové ou reconstruit doit pouvoir être à même de s'adapter aux évolutions à venir des prises en charge et autoriser sans contraintes patrimoniales majeures les modifications de projet médical qu'elles peuvent rendre indispensables.

Un parangonnage avec les pays étrangers au système hospitalier reconnu comme performant est à cet égard indispensable. Il contribuerait à dégager très utilement quelques schémas de référence en termes de dimensionnement et d'organisation.

L'hôpital doit en tout état de cause disposer, en interne, d'une capacité d'expertise forte (ingénieurs, architectes, techniciens) pour la définition des exigences techniques d'exploitation, même lorsque le programme est réalisé par des cabinets extérieurs. En effet, en cas de recours à une assistance, le maître d'ouvrage doit posséder les compétences pour comprendre les propositions et analyses du prestataire ainsi que pour suivre dans la durée sa mission.

⁸³ Propos du Président de l'agence d'architecture « Groupe 6 », conférence dans le cadre d'Hôpital Expo 2012 : Architecture de l'hôpital – état de l'art patrimonial.

La revue d'enchaînement de projets au CHU de Toulouse

Une revue d'enchaînement de projets a été mise en place au CHU de Toulouse à compter d'octobre 2008, selon une périodicité bimensuelle. Elle constitue un lieu d'échange et de validation d'étapes d'un projet patrimonial dans un cadre pluridisciplinaire permettant de mieux prendre en compte ses différentes dimensions. Elle réunit l'ensemble des directeurs ou responsables de services ou de sites concernés par les opérations d'investissement.

Cette revue répondait à un fort besoin de coordination, dans un contexte de conduite simultanée de nombreuses opérations d'investissement (entre 50 et 120 opérations suivant les périodes). Elle permet d'assurer une plus grande cohérence des réponses patrimoniales et techniques au plan spatial, temporel et financier par le partage des informations le plus en amont possible, par l'identification des facteurs de risques et par la formalisation des enchaînements les plus cohérents et les moins coûteux.

II - Un pilotage national et régional plus ferme

Durant la dernière décennie, les questions immobilières des CHU n'ont été appréhendées par le ministère de la santé qu'au travers des plans Hôpitaux 2007 et 2012 et des questions de financement des opérations lourdes de construction ou rénovation.

Les opérations futures devront être examinées dans le cadre rénové des projets régionaux de santé. Cela suppose que les ARS se réapproprient un domaine dans lequel elles sont restées jusqu'à présent en retrait et qu'elles soient dotées d'outils complémentaires. Dans cette approche, l'ANAP constitue un pôle d'expertise qu'il convient de renforcer.

Pour autant, le repositionnement indispensable de l'échelon régional ne suffit pas à définir une politique nationale, pas plus que les mesures de freinage de la dépense prises au cours des deux dernières années. Un cadre clair a besoin d'être affirmé pour donner aux acteurs une visibilité indispensable.

A - La consolidation de l'expertise de l'ANAP

L'ANAP fournit des référentiels qui permettent aux différents établissements de santé de disposer d'éléments de comparaison, par exemple en matière de dimensionnement ou de coûts de construction d'une opération immobilière.

1 - Un référentiel de dimensionnement des opérations purement national

L'outil « référentiel de dimensionnement » fournit aux différents acteurs d'un projet immobilier des éléments de référence relatifs au dimensionnement global d'une opération. Il fait le lien, d'une part, entre un volume (ou une nature) d'activité et l'unité physique de production (lit, place, box, salle, etc.) et, d'autre part, entre cette unité et une fourchette de surfaces de référence.

Ce travail, connu et parfois utilisé par les CHU, a été élaboré sans aucune démarche de parangonnage avec les hôpitaux étrangers. Il est plus que souhaitable qu'il s'enrichisse d'une analyse des pratiques organisationnelles et des évolutions des prises en charge des établissements reconnus comme les plus efficaces en Amérique du Nord et en Europe.

2 - Le nouvel outil OSCIMES : un accès anormalement sous condition pour les tutelles hospitalières

En 2012, la conférence des directeurs généraux de CHU et l'ANAP ont conclu un partenariat ayant pour objet l'élaboration d'un nouvel outil, OSCIMES (Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé). Cet outil fusionne la base de données inter-CHU⁸⁴ et l'Observatoire des coûts de la construction hospitalière de l'ANAP qui couvraient l'une et l'autre un champ proche.

⁸⁴ Gérée par les HCL, opérationnelle depuis 2007-2008. 70 opérations d'investissement de grande ampleur réalisées par les CHU y sont détaillées, du coût de l'appel d'offre à la décomposition des marchés de travaux.

L'observatoire des coûts de la construction hospitalière

L'observatoire des coûts de la construction hospitalière, créé en 2004, a pour double objectif, d'une part, de proposer une photographie détaillée du marché de la construction hospitalière publique et privée et, d'autre part, de servir de référence et de base de dialogue pour l'ensemble des acteurs de la construction sanitaire, en offrant aux directeurs d'établissements une meilleure vision de l'impact financier des décisions d'investissement. L'édition 2011 de cet observatoire référence 357 opérations de construction publiques et privées depuis 2004, correspondant à 4,8 millions de m² SDO et à un total de 47 263 lits et places. 81 % des opérations sont réalisées en maîtrise d'ouvrage publique et 18 % en conception-réalisation (le recours à cette procédure étant en augmentation depuis l'édition de 2007)⁸⁵.

Les équipes des CHU utilisent cet outil en tant que référentiel ou outil de comparaison. En revanche, les ARS n'y recourent pas systématiquement.

OSCIMES constituera un référentiel de coûts et de surfaces de la construction hospitalière, pour des opérations de natures diverses, d'établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés. Il fournira également des indicateurs relatifs aux honoraires (prestations intellectuelles, assurances, etc.). L'objectif est d'améliorer la vision de l'impact économique et financier des décisions d'investissement ainsi que de leurs conséquences en termes de qualité, de fonctionnalité et de productivité. L'outil doit ainsi permettre d'obtenir des indicateurs de surface (ratio SDU/SU, nombre de m²/lit d'hospitalisation) ou encore d'estimer les coûts de construction (coût total d'une opération de construction, coût des travaux par secteur fonctionnel). Des tableaux de bord anonymisés comprenant une comparaison des ratios médians entre les différentes catégories d'établissements seront publiés par l'ANAP à destination des administrations et de tous les établissements.

Il s'agira d'un outil d'aide à la décision des directions d'hôpitaux depuis la phase de faisabilité d'une opération jusqu'à la phase d'appel

⁸⁵ La loi MOP (loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée) impose de dissocier la mission de maîtrise d'œuvre de celle de l'entrepreneur pour la réalisation des équipements publics. Par exception, le contrat de conception-réalisation (CR) est le contrat par lequel le maître d'ouvrage confie à un groupement d'opérateurs économiques une mission portant à la fois sur l'établissement des études et l'exécution des travaux. Le groupement se voit confier par contrat l'entière responsabilité de concevoir, réaliser, livrer un ouvrage de bâtiment ou d'infrastructure, destiné à répondre aux besoins exprimés par le maître d'ouvrage. Le contrat de conception-réalisation peut être étendu à l'entretien et la maintenance des ouvrages édifiés ; il s'agit alors d'un contrat de conception-réalisation-maintenance.

d'offres. Pour les ARS ou la direction générale de l'organisation des soins, il devrait constituer un vecteur de comparaison objective des projets immobiliers et un support de dialogue avec les directions d'hôpitaux.

OSCIMES devrait être opérationnel courant 2013. Différents niveaux d'accès sont prévus : d'une part, un accès « tous publics » à la documentation générale, d'autre part, un accès à l'ensemble des données limité aux établissements de santé ayant alimenté la base.

Les administrations (ARS, DGOS) désireuses d'obtenir des données sur un ou plusieurs établissements devront pour leur part obtenir un accord explicite du comité de pilotage. Cet accès sous condition pour les ARS et la DGOS apparaît très anormalement restrictif, au regard du financement par des fonds publics de cet outil et de l'intérêt des informations contenues pour l'exercice de leurs missions.

3 - Des moyens réduits

Outre un rôle de producteur d'outils et de référentiels, l'ANAP intervient en appui des établissements publics de santé de manière ponctuelle ou dans le cadre d'appels à projets. Ce rôle d'appui et d'expertise peut être plus ou moins important selon la taille des établissements. Les CHU - déjà dotés de compétences internes et de leur réseau professionnel - peuvent avoir en effet un moindre besoin de cet appui que d'autres établissements.

L'ANAP est ainsi directement engagée dans une mission d'appui à la reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre et s'assure, à l'occasion du suivi du projet architectural, du respect des paramètres initiaux du projet en termes de surfaces, de fonctionnalités et de coûts. Elle intervient également par le biais des contrats de performance signés avec les ARS et les CHU dans lesquels peuvent figurer des problématiques immobilières.

Une réflexion sur les moyens internes dédiés aux questions immobilières (quatre personnes actuellement) de l'ANAP et les conditions de son recours à des cabinets de consultants externes constitue en tout état de cause un préalable au renforcement souhaitable de son rôle à cet égard. Cette faiblesse de moyens explique que certains des outils qu'elle propose soient mis à disposition des établissements en décalage avec le moment où ils en auraient eu le plus besoin.

Les grilles d'analyse des projets élaborées avec l'aide de l'ANAP à partir de 2012 devraient ainsi permettre d'évaluer dorénavant les projets d'investissement y compris sur des critères de qualité des matériaux utilisés et de durabilité en veillant à assurer une maintenance aux coûts

maîtrisés. Les critères d'analyse suivants seront désormais examinés : bonne orientation du bâti, choix de matériaux autonettoyants, à durée de vie longue, revêtement minéral (enduits et peintures à ravalement fréquent, grandes verrières verticales ou horizontales exclus), GTC-GTB (outil de gestion technique centralisée- outil de gestion technique des bâtiments) généralisée, existence de dispositifs d'économie d'eau, d'économie d'électricité, d'économie de chauffage (ex : ventilation double flux avec récupération de chaleur).

Ces grilles d'analyse interviennent toutefois trop tardivement alors que la vague de construction liée aux plans Hôpitaux 2007 et 2012 est en voie d'achèvement.

B - L'élargissement de la mission des agences régionales de santé

1 - Leur permettre de mieux maîtriser l'investissement

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et le décret du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé ont modifié le rôle des ARS en matière de contrôle des investissements et renforcé l'autonomie des établissements de santé.

Le contrôle de l'ARS se résume dorénavant à celui du plan global de financement pluriannuel auquel le directeur de l'agence ne peut s'opposer que pour des motifs financiers : déséquilibre financier du résultat prévisionnel, niveaux d'investissement ou d'endettement financier à long terme de l'établissement non compatibles avec sa situation financière, évaluation défavorable d'un projet envisagé sous forme de contrat de partenariat ou de bail emphytéotique.

Cette procédure constitue un outil utile mais insuffisant pour permettre aux ARS d'apprécier les investissements des CHU :

- l'ARS peut se retrouver en situation de « découvrir » une opération de travaux lors de l'examen du plan global de financement pour laquelle des frais financiers auront déjà été engagés (par exemple, pour des études et concours d'architecture). Il devient alors difficile de remettre en cause une opération d'investissement déjà lancée ;
- l'examen du plan global de financement pluriannuel ne permet pas une analyse technique approfondie des opérations d'investissement d'autant qu'il ne comprend que les plus importantes, alors que des opérations plus modestes peuvent également comporter un enjeu ;

- le contrôle du plan de financement ne confère pas à l'ARS de droit direct à s'opposer à une opération d'investissement. Les motifs de refus du plan sont restrictifs. Si ce dernier est soutenable financièrement, l'établissement peut mener à bien son projet même si celui-ci est insuffisamment restructurant ou ne correspond pas aux priorités sanitaires de la région recensées par l'ARS.

Le délai des 30 jours prévu par les textes pour examiner ce plan est, par ailleurs, jugé contraignant par quelques ARS mais suffisant pour la plupart, à condition toutefois d'avoir été informées préalablement des projets d'investissement et de disposer d'informations détaillées sur ceux-ci⁸⁶.

La procédure spécifique à l'AP-HP

Le programme d'investissement et le plan global de financement pluriannuel de l'AP-HP sont transmis par le directeur général de l'ARS, accompagnés de ses observations, aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans un délai de vingt-cinq jours à compter de leur réception. L'avis d'opposition motivée doit être communiqué dans un délai de 45 jours à l'AP-HP.

Le directeur général de l'AP-HP présente, dans un délai maximum de trois mois, un nouveau programme d'investissement ou un nouveau PGFP tenant compte des motifs d'opposition. Ce projet modifié fait alors l'objet d'un nouvel examen conjoint ministères-ARS dans un délai de trente jours.

Il est, en outre, expressément prévu que l'ARS, examine également le programme d'investissement en plus du plan global de financement. Le programme pluriannuel d'investissement 2013-2017 détaille les différents types d'investissements ainsi que les échéanciers des principales opérations.

Compte tenu de l'enjeu stratégique que représentent les choix d'investissement des CHU et de la nécessité pour les ARS de pouvoir intervenir sur un projet qui ne s'inscrirait pas dans l'évolution de l'offre de soins d'un territoire, il apparaît indispensable de doter les ARS de leviers juridiques supplémentaires leur permettant d'infléchir voire de s'opposer à la politique immobilière du CHU, bien en amont de l'examen du plan global de financement pluriannuel.

⁸⁶ De nombreuses ARS ont instauré des modalités spécifiques d'échanges avec les CHU au travers de réunions techniques régulières et de réunions plus stratégiques.

2 - Les mobiliser plus activement sur l'ensemble des enjeux patrimoniaux

Pour peser davantage dans la rationalisation de la politique immobilière des CHU et tenir compte des objectifs régionaux d'organisation de l'offre de soins, les ARS doivent être incitées à s'impliquer de façon plus régulière et plus globale, au-delà de l'examen ponctuel d'une opération d'investissement en se préoccupant aussi bien des enjeux de valorisation du patrimoine que des questions de maintenance et de mise en conformité des bâtiments hospitaliers, sujets relativement délaissés jusqu'à présent.

Les agences régionales devront, le cas échéant, revoir leur organisation du suivi de ces questions, tant du point de vue des ressources internes que de la formalisation des relations avec les CHU, et sur certains types de sujets, développer entre elles des modalités de mutualisation de l'expertise dont elles peuvent disposer.

Les ressources des ARS sur les questions immobilières sont en effet limitées. Leur niveau d'information est actuellement dépendant des données fournies très ponctuellement par les établissements. L'accès aux informations de l'outil OPHELIE constituera en ce sens un progrès. Elles ne peuvent, par ailleurs, généralement s'appuyer que sur un ingénieur, chargé de mission investissement, plus rarement deux, pour suivre l'ensemble des établissements de la région. Plusieurs ARS ont mis en place des cellules rassemblant diverses compétences (ingénieur, chargé de mission finances, etc.) pour suivre de manière plus complète et transversale les questions immobilières. Ce mode d'organisation pourrait être reproduit. L'ARS Île-de-France dispose ainsi d'une cellule « investissement hospitalier » composée de 3 personnes qui s'appuie sur une cellule financière de 12 personnes (intégrant depuis 2012 seulement le suivi financier de l'AP-HP). L'ARS Franche-Comté a également mis en place une équipe pluridisciplinaire, réunissant des compétences financières, juridiques, techniques, qui constitue le « point d'entrée unique » pour les établissements de santé.

Cependant, au-delà de ce mode d'organisation, une mutualisation dans un cadre interrégional de certaines compétences très spécialisées, notamment en ce qui concerne les montages financiers de certaines opérations, apparaîtrait souhaitable.

Pour l'examen des dossiers immobiliers, les ARS peuvent certes mobiliser les compétences des directions régionales des finances publiques, avec lesquelles les relations sont le plus souvent formalisées dans des conventions de partenariat. Cette collaboration doit être amplifiée dans les régions où les relations entre les deux administrations

sont encore ténues. La situation de l'Île-de-France est à cet égard atypique. C'est une direction spécialisée des finances publiques qui est en charge du CHU et non la direction régionale. Or, les relations sont inexistantes entre l'ARS d'Île-de-France et cette direction spécialisée. Cette situation est anormale et contribue à l'absence d'implication des services des finances publiques sur les dossiers immobiliers de l'AP-HP contrairement à ce qui a été constaté dans les autres régions. Cela prive l'ARS d'une expertise complémentaire.

Cette montée en expertise est d'autant plus indispensable que les agences régionales de santé auront un rôle essentiel dans le nouveau dispositif de maîtrise des investissements immobiliers en cours de mise en place.

C - La définition d'une politique nationale d'ensemble

Le renforcement de la place des ARS dans le suivi des questions immobilières des CHU doit aller de pair avec la redéfinition d'une politique immobilière hospitalière nationale, au-delà des mesures récentes de freinage de la dépense dans le prolongement du gel de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012⁸⁷.

L'élaboration dans des délais très contraints de schémas régionaux d'investissement en santé suppose d'être attentif à ce que cette procédure ne risque pas de conduire à financer de nouveaux projets inaboutis ou non nécessaires comme cela a été le cas lors de l'engagement des plans Hôpitaux 2007 et 2012, dans le contexte d'une annonce récente de relance de l'investissement public dans le domaine de la santé.

⁸⁷ Dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2012, a été adopté un amendement gouvernemental réduisant la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et actant *de facto* le report du financement des projets de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012. L'exposé des motifs de l'amendement indiquait « Le report des projets à venir de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012 permettra une économie sur l'ONDAM 2012 ». Selon l'article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, « le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 238,93 M€ pour l'année 2012 » alors que le projet de loi initial prévoyait un montant de 385,87 M€.

1 - Des modalités d'encadrement renforcé des investissements hospitaliers à l'articulation complexe

Différentes mesures ont été prises ces deux dernières années pour limiter l'engagement de dépenses nouvelles. Elles témoignent de la volonté très récente de superviser et d'encadrer les projets immobiliers des hôpitaux, de la même manière que le seront les projets immobiliers de l'État.

a) Un encadrement des emprunts des établissements à la situation financière fragile

Suite aux constats de la dégradation de la situation financière des établissements de santé et de la fragilisation résultant, en outre, pour certains d'entre eux de la souscription de produits dérivés, des mesures d'encadrement du recours à l'emprunt par les hôpitaux ont été prises.

Le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé subordonne à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé les décisions d'emprunts (supérieurs à 12 mois) des établissements qui présentent des indicateurs financiers dégradés⁸⁸.

Parmi les sept CHU de l'enquête, seuls ceux de Toulouse et de Tours, n'étaient pas soumis à cette autorisation en 2012. Au total, 16 CHU sur 32 y sont assujettis.

Le texte encadre par ailleurs le type d'emprunt accessible aux établissements publics de santé afin d'éviter le recours à des emprunts à taux variables potentiellement dangereux.

Cette procédure d'encadrement est cependant impuissante dès lors qu'il s'agit de projets déjà largement entamés pour lesquels des besoins de financements complémentaires sont nécessaires. Un avis favorable a ainsi été émis par la direction régionale des finances publiques de Provence-Alpes-Côte-d'Azur à la demande d'autorisation d'emprunt du CHU de Nice portant sur 106 M€ en 2012 et 102 M€ en 2013, essentiellement motivé par le fait que « ne pas obtenir cet emprunt conduirait l'établissement à devoir arrêter les travaux de construction avec toutes les conséquences négatives que cela entraînerait pour le CHU comme pour le tissu économique local ».

⁸⁸ Un ratio d'indépendance financière > à 50 %, une durée apparente de la dette > à 6 ans, un encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, > à 30 %.

b) Une contre-expertise des investissements par le commissariat général à l'investissement

Le 20 août 2012, le nouveau commissaire général à l'investissement (CGI) a été missionné par le Premier ministre pour effectuer une revue des grands projets d'investissement public, incluant ceux des établissements publics de santé.

L'action du CGI a ensuite été définie par la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017⁸⁹ qui a instauré une procédure en deux temps pour les projets d'investissements civils financés par l'État, ses établissements publics ainsi que par les établissements publics de santé ou les structures de coopération sanitaire. Ces dossiers doivent faire, *a minima*, l'objet d'une évaluation socio-économique préalable. Si, en outre, le montant total du projet et la part de financement public excèdent des seuils fixés par décret (à paraître), cette évaluation est soumise à une contre-expertise indépendante préalable.

Le CGI travaille à une adaptation de la procédure générale d'évaluation des investissements au cas particulier des établissements de santé, en concertation avec le ministère de la santé.

Les dossiers d'un montant supérieur à 50 M€ seraient soumis à la contre-expertise du CGI, lequel s'appuiera sur un vivier d'experts. En s'inspirant de l'organisation de jurys confiée à des opérateurs pour les investissements d'avenir, le CGI pourrait confier l'organisation et le support de cette contre-expertise à un organisme qui ferait appel à des experts indépendants, en capacité de déclarer une absence de conflits d'intérêts sur les projets expertisés. Sous réserve de garanties complémentaires, l'ANAP, si elle était l'interlocuteur retenu pour le domaine de la santé, aurait alors un rôle de mobilisation et de coordination d'experts spécialisés.

À l'issue de la contre-expertise, le CGI émettra un avis sur chaque dossier qui fera ensuite l'objet d'un arbitrage final au niveau du ministre ou du Premier ministre selon l'importance de l'investissement.

Le CGI pourrait appuyer la contre-expertise sur des outils développés par l'ANAP, dont une grille d'évaluation des projets

⁸⁹ Article 17 de la loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

immobiliers contenant des critères éliminatoires, en particulier sur le dimensionnement et le développement de la chirurgie ambulatoire⁹⁰.

Dans l'attente de la finalisation de la procédure, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales ont été chargées de la contre-expertise des premiers dossiers.

c) Une articulation à affiner avec le nouveau comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins

En décembre 2012, a été installé le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soin (COPERMO)⁹¹. Il examinera les projets d'investissement d'un montant supérieur à 50 M€ (et, par exception, quelques dossiers d'un montant moindre sur demande des ARS). Ce seuil lie l'intervention du COPERMO à celle de la contre-expertise du CGI pour lequel il jouera un rôle de filtre. Tous les autres dossiers seront traités par les ARS.

Le COPERMO devra s'affirmer dans son rôle de « filtre », sous peine de n'être qu'une chambre d'enregistrement et de paralyser le commissariat général à l'investissement par un trop grand nombre d'opérations à examiner. Si une telle orientation n'était pas prise, l'utilité de l'examen des dossiers par le COPERMO serait à réinterroger.

Le rôle des ARS sera décisif. Elles valideront les évaluations socio-économiques des projets de plus de 50 M€ avant transmission au COPERMO et instruiront directement les dossiers d'un montant inférieur. Elles analyseront les projets des établissements au regard de l'offre régionale de soins, en s'appuyant sur le schéma régional d'investissement en santé. Un dossier non conforme au projet régional de santé ne devrait pas pouvoir être validé par les ARS et transmis au comité. Ce rôle devrait renforcer la position des ARS vis-à-vis des CHU pour lesquels une relation triangulaire ministère-ARS-CHU est traditionnellement établie.

⁹⁰ Une telle grille a déjà été développée par l'ANAP pour permettre une analyse technique des projets dans le cadre de la seconde tranche du Plan hôpital 2012. La grille utilisée *in fine* par la DGOS contient davantage de critères mais a supprimé la notion de critères éliminatoires.

⁹¹ Le COPERMO résulte du regroupement du comité de suivi des risques financiers et du comité national de validation des projets d'investissement et du comité de pilotage des projets performance. Il est composé de représentants du ministère des affaires sociales et de la santé, du ministère délégué au budget, de plusieurs directions ministérielles, du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de l'ANAP et du CGI.

2 - Une élaboration de schémas régionaux d'investissement en santé à inscrire en cohérence avec les nécessités d'une sélectivité rigoureuse des investissements hospitaliers

Le 4 mars 2013, la ministre de la santé a annoncé avoir retenu une série de mesures tirées des propositions du rapport sur « le pacte de confiance pour l'hôpital »⁹² dont celle relative à la mise en place de schémas régionaux d'investissement en santé.

Il s'agit de privilégier une approche territoriale plutôt qu'une réflexion projet par projet, chaque projet d'investissement devant être mis au service de la politique de santé déterminée dans le projet régional de santé, de répondre à un besoin clairement identifié et tenir compte de l'offre et du patrimoine déjà existants. Cette mesure rejoint une initiative déjà lancée en Ile-de-France depuis l'automne 2012.

Le schéma immobilier hospitalier régional d'Île-de-France

L'ARS Île-de-France a engagé l'élaboration d'un schéma directeur immobilier hospitalier régional en vue :

- d'optimiser l'usage du patrimoine existant dans le cadre du projet régional de santé et des projets médicaux inscrits dans les territoires de santé d'Île-de-France ;
- de garantir la pérennité technique et fonctionnelle du patrimoine ;
- de valoriser le patrimoine immobilier et foncier non nécessaire aux activités hospitalières.

La première étape de la démarche consiste en la réalisation d'une étude prospective concernant l'évolution de la géographie de l'offre de soins intégrant les impacts potentiels des projets du Grand Paris. Différents scénarios d'évolution de la géographie de l'offre de soins régionale seront ensuite proposés.

Une étude immobilière établira un état des lieux du patrimoine des établissements d'un même territoire de santé et de son exploitation (vétusté des bâtiments, évaluation de l'efficacité architecturale et médico-

⁹² Rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital », février 2013 (travaux élaborés sous la présidence d'Édouard Coutu).

économique, efficacité énergétique, analyse des coûts) et évaluera son potentiel d'usage immobilier (répartition des surfaces exploitées, besoins réels) afin de constituer une base de données régionale. L'étude concernera les établissements de santé publics et privés non lucratifs⁹³.

Un scénario cible pourrait être arrêté en décembre 2013, autorisant le lancement des études complémentaires nécessaires à l'élaboration des trajectoires immobilières de territoires constitutives du futur schéma directeur immobilier régional.

Le travail d'élaboration de ces schémas demandé aux ARS est défini dans une circulaire du 28 mai 2013, selon un calendrier qui apparaît peu réaliste. Les ARS devront en effet identifier les priorités d'investissement à horizon de dix ans pour le 15 juillet 2013. Dans un second temps, elles auront à bâtir un schéma stratégique et prospectif reposant à la fois sur un inventaire du patrimoine existant, une analyse des besoins, une cartographie et une étude d'impact financier globale.

La capacité des ARS à transmettre, pour la mi-juillet 2013, une liste priorisée des projets d'investissement sans avoir une vision complète de l'état de l'immobilier hospitalier et de son adéquation avec les besoins sanitaires régionaux actuels et futurs, pose question. Il est à craindre que ce travail précipité n'aboutisse, encore une fois, à présenter des dossiers déjà constitués en attente de financement, dont l'instruction n'aura répondu à aucune des exigences nouvelles par ailleurs définies, alors même qu'un nouvel effort d'investissement en santé a été annoncé.

Le 6 mai 2013⁹⁴, le Président de la République a indiqué en effet qu'un « plan d'investissements pour les 10 ans qui viennent » qui concernera « le numérique, la transition énergétique, la santé, les grandes infrastructures et d'une manière générale, les nouvelles technologies » serait présenté par le Premier ministre au cours des prochaines semaines.

Selon la ministre de la santé, 45 Md€ seraient de fait investis dans les hôpitaux au cours de la prochaine décennie.

L'annonce d'une telle relance de l'investissement hospitalier suppose une particulière vigilance des tutelles nationale et régionales pour éviter que les établissements n'y voient une incitation à privilégier des opérations lourdes de construction ou de rénovation alors même que leurs

⁹³ La liste des prestataires sélectionnés pour réaliser ces études sera communiquée aux établissements privés à but lucratif qui souhaiteraient engager cette démarche de leur propre initiative.

⁹⁴ Intervention liminaire du Président de la République lors d'un séminaire gouvernemental.

efforts doivent prioritairement porter sur la réduction de leur endettement, la rationalisation et la réduction des surfaces, l'amélioration de la maintenance du patrimoine existant.

En ce sens, le schéma régional d'investissement en santé ne peut rester un exercice ponctuel. Il devra être régulièrement mené et s'inscrire dans le cycle de vie du projet régional de santé, arrêté pour une durée de cinq ans. Par ailleurs, la base juridique d'un tel schéma gagnerait à être consolidée, de manière à le rendre opposable aux établissements de santé. Le recours à une circulaire pour en définir le contenu et la portée paraît bien en deçà des enjeux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique immobilière des CHU est à mettre sous contrainte généralisée de recherche d'une plus grande contribution à la dynamique d'efficacité que ces établissements n'ont pas encore suffisamment enclenchée. Elle doit s'appuyer sur l'élaboration et le suivi par les CHU d'un schéma directeur immobilier, intégrant, outre les projets majeurs d'évolution de leur patrimoine, les opérations de mises aux normes, et privilégiant la maintenance et l'entretien du patrimoine plutôt que les opérations nouvelles de construction sauf si un retour rapide et précisément documenté sur investissement est démontré.

De ce point de vue, la place et le rôle de l'ANAP sont à conforter pour en faire plus largement encore un centre d'expertise au service des établissements comme des ARS, dont les compétences sont en ce domaine à élargir et à renforcer.

La relance annoncée de l'investissement hospitalier suppose une extrême vigilance des tutelles nationale et régionales dans l'élaboration des nouveaux schémas régionaux d'investissement en santé, de telle manière que leur approche soit rigoureuse et sélective, sauf à s'exposer au risque que ne se renouvellent les errements du passé. À cet égard, une coordination étroite entre le commissariat général à l'investissement, le nouveau COPERMO et les ARS, tous chargés à titres divers d'évaluer et d'expertiser les projets d'investissements hospitaliers constitue également un enjeu majeur.

La Cour formule les recommandations suivantes :

8. rendre obligatoire, pour les CHU, la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier ;

9. élaborer un schéma régional immobilier hospitalier à caractère opposable, articulé avec le projet régional de santé, dans un calendrier réaliste, en s'appuyant sur un état des lieux préalable ;

10. donner les moyens juridiques aux ARS leur permettant de s'opposer à un projet d'investissement dont l'objet ou le dimensionnement ne sont pas conformes aux orientations régionales de l'offre de soins ou dont les gains d'efficience qu'il autorise sont insuffisants ;

11. publier rapidement les arrêtés visant à préciser l'article D. 6145-64 du code de la santé publique relatif au programme d'investissement ;

12. conférer, au ministère de la santé et aux ARS, un accès libre à OSCIMES, nouvel outil d'observation des coûts de la construction hospitalière ;

13. utiliser, dans le cadre de l'évaluation et de l'éventuelle contre-expertise des projets d'investissement, une grille d'évaluation contenant des critères éliminatoires.

Conclusion générale

Le mouvement important de construction-reconstruction des sites hospitaliers des CHU impulsé dans la dernière décennie a fortement contribué à l'accroissement de leur endettement. Il a, en outre, été conduit sans effort de densification du patrimoine immobilier, ni anticipation suffisante de l'impact de l'évolution des techniques de soins sur l'activité.

Le fort accroissement des surfaces construites, s'il a permis une amélioration sensible du confort hôtelier, apparaît ainsi en partie déconnecté de la diminution des durées de séjour et du développement des prises en charge ambulatoires. Les réductions de capacités en lits d'hospitalisation conventionnelle ne sont que trop rarement constatées.

Les établissements doivent accentuer leurs efforts de rationalisation des fonctions logistiques par le biais d'une centralisation et d'une modernisation des process et rechercher une mutualisation inter-établissements, chaque fois que cela est possible.

Les récentes mesures visant à encadrer les projets d'investissement immobilier (procédure d'évaluation et de contre-expertise, encadrement des emprunts) traduisent une prise de conscience- malheureusement trop tardive- de la nécessité de réguler la gestion du patrimoine immobilier hospitalier affecté aux soins, tant au niveau ministériel que dans le cadre régional.

L'objectif doit être désormais de sortir de la logique des plans, à l'occasion desquels des projets immobiliers insuffisamment aboutis et instruits ont pu être financés. L'adéquation des nouveaux projets avec les objectifs des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d'investissement en santé est un impératif qui s'impose à tous les acteurs. Elle suppose aussi que les établissements adoptent tous une stratégie immobilière clairement définie, soutenable financièrement et cohérente dans la durée.

Eu égard à la situation financière de l'assurance maladie et des CHU, l'enjeu majeur des prochaines années est d'abord d'assurer la durabilité du patrimoine rénové ou reconstruit par une attention soutenue à sa maintenance et à son entretien.

Les efforts de rationalisation devront être poursuivis et intensifiés et les CHU doivent concentrer leurs efforts financiers sur la seule gestion du patrimoine indispensable à leur activité.

La discipline que s'imposeront ou qui sera obtenue de ces plus grands centres hospitaliers aura valeur d'exemplarité pour l'ensemble des établissements publics de santé.

C'est dans ce cadre de cohérence que la relance annoncée de l'investissement hospitalier trouvera tout son sens de façon qu'elle soit un levier décisif pour permettre des économies effectives et des gains d'efficience que les CHU ont trop tardé à dégager. Plus de sélectivité dans les choix de priorités, plus d'évolutivité dans la conception des programmes, plus de rapidité dans la réalisation des opérations en sont les conditions impératives.

Annexes

Annexe 1 : Lettre de saisine du Président de la commission des finances du Sénat en date du 21 novembre 2011

Annexe 2 : Lettre du premier Président de la Cour des comptes au Président de la commission des finances du Sénat en date du 19 décembre 2012.

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 4 : Principales notions utilisées pour décrire le patrimoine

Annexe 1 : Lettre du Président de la commission des finances du Sénat en date du 21 novembre 2011

SÉNAT

COMMISSION DES FINANCES

LE PRÉSIDENT

IVP/nn – 11-555

23/11/2011

République Française

Paris, le 21 novembre 2011

Monsieur le Premier président,

J'ai l'honneur de vous demander, au nom de la commission des finances du Sénat, la réalisation par la Cour des comptes, en application de l'article 58-2° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, de cinq enquêtes portant respectivement sur :

- le Centre national du cinéma et de l'image animée (CNC)
- l'entretien du réseau ferré national ;
- les frais de justice ;
- le recensement et la comptabilisation des engagements hors bilan de l'Etat ;
- la gestion du patrimoine immobilier des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

En outre, en application de l'article L. 135-5 du code des juridictions financières, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me transmettre le relevé d'observations définitives concernant le centre national de développement du sport (CNDS) dont les conclusions pourraient faire l'objet d'une audition pour suite à donner.

Comme nous en étions convenus, le choix de ces sujets a fait l'objet d'échanges préalables entre le secrétariat de la commission des finances et le Rapporteur général de la Cour des comptes.

Il a été ainsi décidé que les trois premières enquêtes, dont l'une relative aux frais de justice constitue le suivi d'une enquête réalisée par la Cour en 2005 pour la commission des finances, seraient intégrées au programme de travail de la Cour des comptes de 2012, afin de pouvoir être remises au Sénat dans le délai de huit mois imposé par la loi organique sur les lois de finances.

Les deux dernières enquêtes seront reportées en vue d'une transmission dans le courant du premier semestre 2013.

J.

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président de la Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Cet échelonnement des demandes d'enquêtes permettra une meilleure programmation des auditions pour suite à donner qui sont un élément central de leur mise en valeur, au bénéfice de nos deux institutions.

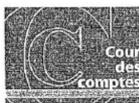
En outre, il a été convenu qu'à l'issue des réunions de cadrage organisées entre les rapporteurs spéciaux à l'origine de ces demandes et les présidents de chambre et rapporteurs chargés des enquêtes, nous formaliserions, par écrit, la définition exacte du périmètre des enquêtes.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Philippe MARINI

Annexe 2 : Lettre du Premier président au Président de la commission des finances du sénat en date du 19 décembre 2012



1206403

Le Premier Président

Paris, le 19 décembre 2012

Monsieur le Président,

Par lettre du 21 novembre 2011, vous avez bien voulu me faire part de la demande formulée par la commission des finances du Sénat, sur le fondement de l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances, d'une enquête sur la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires, à lui transmettre dans le courant du premier semestre 2013. Par un courrier du 11 janvier 2012, je vous avais indiqué que nous inscririons cette enquête au programme des travaux de la Cour, avec une remise de la communication de celle-ci positionnée à ce stade fin avril 2013 en attente d'échanges ultérieurs avec le rapporteur désigné par la commission.

Le 18 octobre dernier, la présidente de la section compétente de la Sixième chambre et les rapporteurs de cette enquête ont ainsi eu un entretien avec le Sénateur Jean-Pierre Caffet, vice-président de la commission des finances et rapporteur sur ce sujet, afin d'en préciser le périmètre et le calendrier.

Il a été convenu qu'après un cadrage global de l'effort d'investissement des CHU sur une dizaine d'années, les investigations porteront sur la connaissance du patrimoine immobilier affecté aux soins, la stratégie adoptée en matière de gestion patrimoniale ainsi que sur la maintenance de ce patrimoine. En revanche, les conditions de financement des investissements et le choix des procédures juridiques utilisées pour la réalisation des opérations immobilières ne feront pas partie du champ des investigations, ces thématiques étant, sous certains de leurs aspects, traitées à l'occasion d'autres travaux actuellement conduits par les juridictions financières.

Monsieur Philippe Marini
Président de la commission des finances,
du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation
Sénat
15 rue de Vaugirard
75291 Paris cedex 6

L'enquête portera tant sur la tutelle nationale et régionale que sur les établissements eux-mêmes. Les CHU entrant dans le champ de l'enquête seront choisis de taille différente de façon à permettre des approches croisées. L'enquête s'intéressera aux outils d'inventaire du patrimoine immobilier affecté aux soins, à sa diversité architecturale et fonctionnelle et cherchera à apprécier l'impact de cette dernière sur l'exploitation et les coûts de fonctionnement. Elle abordera aussi plus globalement les modalités de définition et de pilotage de la gestion immobilière, en termes d'expression des besoins et de détermination des cadrages financiers et examinera à cet égard les compétences sur lesquelles les centres hospitalo-universitaires peuvent s'appuyer en interne ou en externe. Enfin seront étudiés les enjeux organisationnels, financiers et technico-juridiques de la maintenance de ce parc immobilier.

Eu égard au champ ainsi défini, il a été convenu que les conclusions de la Cour seraient transmises à la commission des finances du Sénat pour le 30 juin 2013.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Didier MIGAUD

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

1. Services administratifs nationaux

DGOS

Jean DEBEAUPUIS, directeur général

Yannick LE GUEN, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

Yan LHOMME, adjoint au chef du bureau Efficience des établissements de santé public et privé (PF1)

Emilie GONZALES, chargée de mission sur les investissements

Bast BIDAR, chargé de mission sur les risques techniques (entretien téléphonique)

SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES

Olivier OBRECHT, responsable du secteur offre de soins performance au sein de la Mission appui ressources stratégie des ARS (entretien téléphonique)

DGFIP

Alain PRIVEZ, chef du bureau comptabilités locales (CL1B)- Service des collectivités locales

Julie LIZOT, chargée de mission – Bureau comptabilités locales (CL1B) - Service des collectivités locales

Benoit SABLAYROLLES, chef du secteur valorisation - Bureau CL2A- Service des collectivités locales

ANAP

Christian BEREHOUC, directeur du pôle « outils »

Anabelle BILLY, responsable de la gestion du patrimoine immobilier

Alexandra LAM, chargée de projet

Bruno ROSSETTI, directeur délégué du Pôle cardio vasculaire et pulmonaire au CHU de Lille

CGI (Commissariat général à l'investissement)

Philippe BOUYOUX, commissaire général adjoint

Jean-Christophe DANTONEL, directeur du programme Santé – Biotech

François ROSENFELD, directeur stratégique et financier

CIE (Conseil de l'immobilier de l'État)

Nathalie DEGUEN, secrétaire générale adjointe (entretien téléphonique)

HAS (Haute Autorité de santé)

François BERARD, chef du service certification des établissements de santé

Thomas LE LUDEC, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

2. Agences régionales de santé**ARS Pays de la Loire**

Pascal DUPERRAY, directeur de l'accompagnement et des soins

Christelle PETIT-JEAN, chargée de projet finances

Gérard LE BRETON, ingénieur régional de l'équipement

ARS Centre

Jacques LAISNE, directeur général

André OCHMANN, directeur de l'offre sanitaire et médico-sociale

Agnès HUBERT-JOUANNEAU, responsable du Pôle appui à la performance et gestion du risque

Valentine RIEDER, chargée de mission « investissements sanitaires »

ARS PACA

Martine RIFFARD-VOILQUE, directrice du département POSA (Patients, organisation des soins, autonomie)

Sophie DOUTE, POSA, responsable du Département qualité et performance

Jean Marie COUETDIC, POSA, Département qualité et performance

Bernard DAMIANI, ingénieur régional de l'équipement

ARS Île de France

Andrée BARRETEAU, directrice de l'offre de soins et médico-sociale

Didier BOURDON, chargé de mission sur le schéma immobilier régional

Sébastien LELOUP, responsable du département AP-HP

Thibault JARADE, chargé de mission de la cellule finances

ARS Rhône-Alpes (entretien téléphonique)

Céline VIGNE, directrice de l'efficacité de l'offre de soins

Yves DARY, responsable Pôle planification financière et production des établissements de santé

ARS Franche-Comté

Sylvie MANSION, directrice générale

Jean Marc TOURANCHEAU, directeur général adjoint

Jérôme MALFROY, direction de la performance

3. DRFiP

Île-de-France

Jean-Pierre PERY, directeur régional adjoint chargé du Pôle gestion publique de l'État

Christophe BERTHELIN, chargé de mission DEEF

Christian TAILLEFER, chef de la MEEF

Christian THALAMY, directeur de la direction spécialisée pour l'AP-HP (ex TGAP-HP)

Eric NEXON, directeur adjoint DSP AP-HP

PACA

Jean-Luc LASFARGUES, directeur du Pôle gestion publique

David PESSAROSSO, adjoint au directeur du Pôle gestion publique

Marc COLONNESE, responsable de la division du secteur public local

Christelle PAQUIN, chargée de mission fiabilisation des comptes

Guy FRANCILLON, receveur des finances de l'AP-HM par intérim

4. CHU

CHU de Nantes

Christiane COUDRIER, directrice générale

Hubert JASPARD, directeur général adjoint

Fabrice DEL SOL, directeur des travaux et des techniques

Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, directrice du plan

Éric MANŒUVRIER, directeur du pôle activité- développement-finances

Bernard LALIER, ingénieur en chef à la direction du patrimoine

Patricia BOUCHART, ingénieur préventionniste

CHU de Tours

Bernard ROEHRICH, directeur général

Pascal MATHIS, directeur général adjoint

Michel SIONNEAU, directeur des services techniques et des investissements immobiliers

Jean-Jacques MARTINEAU, ingénieur coordonnateur des travaux

Vincent GUINUT, ingénieur coordonnateur exploitation

Gaëlle DE SURGY, directeur des finances, de la facturation et du système d'information

Noémie SAVARY, contrôleur de gestion

AP-HM

Jean-Michel BUDET, directeur général adjoint

Sébastien VIAL, directeur des travaux

Monique SORENTINO, directrice du pôle performance

Claire MAUPIN, directrice du service des affaires économiques et de la logistique

Christophe GOT, directeur des affaires financières

Philippe ARAMINI, ingénieur responsable maintenance

AP-HP

Mireille FAUGERE, directrice générale

Monique RICOMES, secrétaire générale

Carine CHEVRIER, directrice de la Direction économique, des finances, investissement et patrimoine (DEFIP)

Laurence BERNARD, directrice déléguée auprès de la directrice des Finances

El Hadi BENMANSOUR, département de la maîtrise d'ouvrage et des politiques techniques

Cédric DURESGES, DMOAPT - SMOA

Etienne LISSILOUR, Département budget et contrôle de gestion

Frédéric LOROTTE, CCDG – SAP-PM

Jean-Claude RICHARD, DEFIP – DMOPT – SSMGR

François SIMON, DEFIP – DSFP – SIAP

Denis MARCHAL, DEFIP – DSFR – SAVP

Patrick LEDDA, DEFIP – DSFR – SAVP

HCL

Alain COLLOMBET, secrétaire général

Bruno CAZABAT, directeur des affaires techniques

Corinne KRENCKER, directrice du groupement hospitalier Est

Corinne DURU, chef du département exploitation maintenance

Peggy BONNEVIALLE, bureau conduite d'opération, département investissements travaux

Madeleine CHANTEUR, Directrice du groupement hospitalier Edouard Herriot

Sandrine THULLIER, chef du département investissements travaux

Alain BENINI, architecte conseil, chef du département architecture et maîtrise d'œuvre

Didier EYL, direction des services techniques

CHU Toulouse

Jacques LEGLISE, directeur général

Hervé LEON, directeur général adjoint

Bénédicte MOTTE, secrétaire générale

Didier LAFAGE, directeur de la Maîtrise d'ouvrage et suivi des Retours sur Investissement

François LE CLEZIO, directeur du pôle patrimoine immobilier et services techniques (PISTE)

Dr Martine SERVAT, animation du département stratégie
Dominique MARIAGE, directeur des finances
Djamil ABDELAZIZ, chef du service énergies, maintenance, exploitation (PISTE)
Hugues FERRAND, chef du projet schéma directeur Purpan – directeur du site Purpan
Béatrice NOUVEL, ingénieur en chef (PISTE)
Abdelah AZNAY, bureau Méthodes Maintenance (PISTE)
Bernard MAZANA, bureau Méthodes Maintenance (PISTE)

CHU Besançon

Patrice BARBEROUSSE, directeur général
Odile RITZ, directrice générale adjointe
Guy LANG, directeur des infrastructures, de la sécurité et de la maintenance
Samuel ROUGET, directeur adjoint des infrastructures, de la sécurité et de la maintenance

5. Associations- Fédérations

Fédération hospitalière de France

Yves GAUBERT, responsable du pôle finances et banque de données hospitalière de France
Guy COLLET, cabinet de la Présidence de la FHF (et Président du Directoire de SPH Conseil)

Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Alain HERIAUD, président de la Conférence des directeurs généraux de CHU (directeur général du CHU de Bordeaux jusque mars 2013)
M. Patrick HEISSAT, ingénieur Général au CHU de Bordeaux

6. ICADE

Françoise DELETTRE, directrice générale d'ICADE Santé
Sofi WALBAUM, directrice développement Santé, ICADE
Thierry JEANSON, directeur du Pôle Expertise Santé, ICADE Promotion

7. Personnalités qualifiées

Patrice LEGRAND, IGAS

Annexe 4 : Principales notions utilisées pour décrire le patrimoine

Les unités de mesures utilisées

Les CHU de l'enquête calculent leurs surfaces en m² SDO et utilisent également les notions de SHOB et SHON. Le secteur hospitalier est l'un des rares à utiliser la surface dans œuvre (SDO) qui n'a pas de définition réglementaire :

SDO (surface dans œuvre) : elle se définit comme la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses.

SHOB (surface hors œuvre brute) : elle se définit comme la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de la construction. Elle prend en compte d'une part l'épaisseur de tous les murs et, d'autre part, tous les prolongements extérieurs d'un niveau tels que les balcons, loggias, coursives. Les aires de stationnement sont incluses.

SHON (surface hors œuvre nette) : elle est obtenue en retranchant à la SHOB certaines surfaces particulières, notamment les surfaces affectées au stationnement des véhicules, les surfaces non aménageables, ainsi que les terrasses loggias et surfaces non closes du rez-de-chaussée. Les locaux techniques sont également exclus de la SHON dès lors qu'ils sont affectés au fonctionnement technique de l'immeuble.

Jusqu'en mars 2012, seuls les modes de calculs des surfaces hors œuvre brute et nette (SHOB et SHON) étaient fixés dans le code de l'urbanisme. À cette date, ces deux notions ont été remplacées par la « surface de plancher » qui devient l'unique référence pour l'application de l'ensemble des règles d'urbanisme :

Surface de plancher : elle correspond à la somme des surfaces de plancher closes et couvertes sous une hauteur sous plafond supérieure à 1 mètre 80, calculée à partir du nu intérieur des murs.

Dans les inventaires physiques, les références de SHOB et SHON ont donc vocation à terme à être remplacées par la nouvelle référence légale de surface de plancher. La notion de SDO est, par ailleurs, une notion proche de la notion de surface de plancher.

Le suivi de l'immobilier d'État dans Chorus est réalisé, pour sa part, au travers de la notion de surface utile nette (SUN)⁹⁵.

⁹⁵ Source : note de France Domaine du 19 février 2009, précisée par une note du 19 février 2010.

Surface utile nette (SUN) : il s'agit de la surface de travail, réelle ou potentielle, destinée aux résidents, comprenant les surfaces annexes de travail, exclusion faite des surfaces des services généraux, des logements, des services sociaux, et de certaines zones non transformables en bureau ou salles de réunions (hall, amphithéâtre, circulations, sanitaires, vestiaires).

Les indicateurs (ratio $\text{m}^2 \text{SDO/lit}$, ratio $\text{m}^2 \text{SDO/SU}$ ⁹⁶) utilisés par le secteur hospitalier, bien que différents de ceux utilisés pour l'immobilier tertiaire de l'État, visent à apprécier de la même manière les conditions d'occupation du parc immobilier en fonction d'indicateurs cible d'optimisation des surfaces occupées.

⁹⁶ Le ratio SDO/SU (surface dans œuvre / surface utile) permet d'évaluer la dimension et le coût d'une construction. Il est représentatif du complément de surface que le maître d'œuvre rajoute à la surface utile pour transformer l'expression des besoins (en surface utile) en un ensemble fonctionnel. Ce complément de surface est indispensable puisqu'il assure la liaison entre les différents locaux « utiles », mais il doit être maîtrisé, dans la mesure où il déterminera en partie le coût de la construction, puis son coût d'exploitation.