



AVIS

Sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Les CHRU jouent un rôle essentiel dans le dispositif de santé qui doit, dans un contexte difficile pour les finances publiques, s'adapter aux évolutions scientifiques, techniques ou d'organisation et faire face à de multiples défis.

Le Conseil observe que l'immobilier est, dans chacune de ses dimensions, un facteur déterminant de l'accomplissement des missions du service public hospitalier.

- *Le lieu d'implantation doit être en adéquation avec le positionnement de l'établissement dans le dispositif de santé du territoire.*
- *L'immeuble est un outil de travail dont la conception structure l'activité hospitalière.*
- *La qualité du service rendu est étroitement liée à celle de l'entretien du bâti et de la maintenance des équipements.*
- *La situation financière dégradée des hôpitaux résulte de dettes contractées pour financer leurs investissements immobiliers ;*

Avec un patrimoine de 60 Mm² construits valorisé à 45 Mds€, la gestion immobilière des établissements publics de santé est également un enjeu considérable pour les finances publiques et l'aménagement du territoire.

Le Conseil salue la volonté de progrès affichée par l'ensemble des acteurs rencontrés mais constate toutefois que la gestion immobilière des CHRU est perfectible :

- *Les dérives constatées des opérations immobilières attestent d'une maîtrise insuffisante dans la conduite et la définition même des projets ;*
- *Les coûts immobiliers sont insuffisamment connus alors même que les besoins en investissement dépassent la capacité de financement des établissements ;*
- *Le patrimoine des CHRU doit être optimisé pour épouser au mieux les besoins estimés dans le cadre de chaque projet régional de santé ;*
- *Le bâti existant demeure souvent un frein à la mise en place de l'hôpital du futur ;*
- *Le déficit dans la qualité de la maintenance immobilière nuit à celle du service public ;*

Le Conseil encourage les acteurs à poursuivre leurs efforts dans le cadre d'une politique immobilière spécifique reprenant les grands principes de la politique immobilière de l'État :

- *offrir aux agents et aux usagers des locaux adaptés aux besoins du service public ;*
- *diminuer le coût de la fonction immobilière en allouant aux services des surfaces rationalisées et en cédant les surfaces excédentaires ;*
- *valoriser le patrimoine immobilier afin de céder les immeubles inadaptés ou devenus inutiles ;*

Il invite la tutelle technique des établissements publics de santé à en arrêter les objectifs et les indicateurs sur la base d'une représentation partagée de l'immobilier hospitalier et de ses problématiques associées.

Le Conseil recommande :

- *L'élaboration par les CHRU de schémas pluriannuels de stratégie immobilière intégrant les opérations de maintenance, inscrits dans leur environnement régional et visant à répondre aux besoins métiers ainsi qu'à dégager des marges de manœuvre financières par la valorisation du patrimoine ;*
- *La poursuite des travaux d'amélioration de la connaissance du parc et des coûts immobiliers par l'appropriation des outils développés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ;*
- *La régulation dans le temps des flux d'investissements hospitaliers et la prise en compte du coût global immobilier dans la tarification de l'activité ;*
- *L'engagement d'une réflexion sur les mécanismes et outils de production de l'immobilier hospitalier public afin d'assurer une meilleure maîtrise des programmes des délais et des coûts des projets ;*
- *La structuration et la professionnalisation de la fonction immobilière notamment par l'optimisation des compétences immobilières du corps des ingénieurs hospitaliers ;*
- *Le déploiement d'outils de gestion intégrant la maintenance dans le cadre d'une politique globale de service à destination des professionnels et des patients ;*
- *Le développement d'une démarche environnementale exemplaire ;*

Il propose de créer une structure nationale de maîtrise d'ouvrage pour l'immobilier public hospitalier ayant également un rôle de conseil des établissements et de leurs tutelles ;

Il s'interroge sur le coût réel de la politique de logement du personnel des CHRU et rappelle les règles du régime des concessions de logement. Il préconise d'encadrer strictement la pratique des loyers préférentiels accordés au regard de la qualité du locataire et de valoriser les aides au logement en toute transparence.

Il encourage le développement d'une politique active de valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles notamment par le développement de projets mixtes et la mise en valeur des possibilités de construire.

- *Il invite les établissements à veiller à la bonne évaluation de leurs actifs en recourant aux services d'experts ; il recommande le recours à l'assistance de professionnels tant pour des cessions que pour la négociation des baux ;*
- *Il regrette les décisions d'urbanisme de certaines collectivités locales contraires aux intérêts financiers des hôpitaux : modification unilatérale du PLU qui affecte la valeur du bien à céder et réduit l'autofinancement ; politique de subventionnement pour orienter la localisation des investissements dans un but de réhabilitation urbaine conduisant à des surcoûts de fonctionnement pour les établissements ;*
- *Il appelle la DGOS à la vigilance et les acteurs à une étroite collaboration sous l'égide de l'ARS et du préfet pour hiérarchiser les intérêts publics en présence et souligne l'intérêt d'entreprendre des démarches auprès des collectivités locales préalablement à toute opération de reconversion ;*
- *Il appelle à la prise en considération de la contribution globale des établissements publics de santé aux objectifs de la loi relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement pour son application au périmètre hospitalier.*

Le Conseil, au regard des éléments portés à sa connaissance, est très réservé quant à la pertinence du maintien au sein des CHRU, d'une activité de gestion du patrimoine non affecté aux soins dont la faible rentabilité financière doit conduire à des arbitrages. Pour les quelques CHRU disposant d'un patrimoine DNA conséquent, il recommande la création d'une société foncière pour en assurer la gestion et la valorisation.

Conseil de l'immobilier de l'État

Vu le décret n° 2011-1388 du 28 octobre 2011 modifiant le décret n° 2006-1267 du 16 octobre 2006 instituant un Conseil de l'immobilier de l'État ;

Vu la loi n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement ;

Vu la loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement ;

Vu la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 26 décembre 2008 relative au recensement du parc immobilier et aux orientations pour l'évolution du parc immobilier des opérateurs et des organismes divers de l'État ;

Vu la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 26 décembre 2008 relative à l'immobilier des opérateurs et organismes divers de l'exerçant leurs missions en matière d'enseignement supérieur ;

Vu la circulaire du Premier ministre du 16 janvier 2009 relative à la politique immobilière de l'État, portant notamment sur le recensement et la gestion dynamique du patrimoine détenu ou occupé par les opérateurs de l'État ;

Vu l'instruction n° DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS) ;

Vu la circulaire n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) ;

Vu le décret n°2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 ;

Vu le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ;

Vu l'instruction n°DGOS/PF1/MSIOS/2014/50 du 13 février 2014 relative à l'organisation des revues des projets d'investissement bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national.) ;

Vu le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2012 sur l'hôpital ;

Vu le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de de l'Inspection générale des finances (IGF) de mars 2013 sur l'évaluation du financement de l'investissement hospitalier ;

Vu le rapport d'information du 18 janvier 2012 fait au nom de de la commission des finances du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes relative au patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Vu le rapport d'information du 2 octobre 2013 fait au nom de de la commission des finances du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU) affecté aux soins ;

Vu les rapports publics annuels 2012, 2013 et 2014 de la Cour des comptes ;

Vu le rapport de la Cour des comptes du 11 avril 2014 sur la dette des établissements publics de santé (EPS) ;

Vu le décret n°91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques des catégories A et C de la fonction publique hospitalière ;

Vu les nombreuses publications de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) relatives aux investissements et au patrimoine immobilier ;

Vu les avis du Conseil de l'immobilier de l'État :

- n°2013-11 du 24 avril 2013 sur la stratégie immobilière du CHRU de Clermont-Ferrand,
- n°2013-16 du 17 juillet 2013 sur la stratégie immobilière du CHRU de Besançon,
- n°2013-17 du 17 juillet 2013 sur la stratégie immobilière du CHRU de Lille,
- n°2013-18 du 29 mai 2013 sur la stratégie immobilière des Hospices civils de Lyon (HCL),
- n°2013-20 du 26 juin 2013 sur la stratégie immobilière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM),
- n°2013-23 du 13 novembre 2013 sur la stratégie immobilière du CHRU de Dijon,
- n°2013-25 du 18 septembre 2013 sur la stratégie immobilière du CHU de Nantes,
- n°2013-27 du 16 octobre 2013 sur la stratégie immobilière du CHRU de Montpellier,
- n°2014-01 du 12 février 2014 sur la stratégie immobilière du CHRU de Nancy,
- n°2014-02 du 12 février 2014 sur la stratégie immobilière du CHRU de Toulouse,
- n°2014-03 du 12 février 2014 sur la stratégie immobilière du CHRU de Bordeaux,
- n°2014-12 du 11 juin 2014 sur la stratégie immobilière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ;

Après avoir procédé aux auditions de :

- Monsieur Jean DEBEAUPUIS, Directeur général de l'offre de soins au ministère des affaires sociales et de la santé et de Monsieur Hugo GILARDI, chef du bureau Efficience des établissements de santé publics et privés de la DGOS.
- Monsieur Christian BEREHOUC, Directeur associé de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
- Monsieur Alain MEUNIER, Directeur général du CHU de Clermont-Ferrand, de Messieurs François DUMUIS, Directeur général de l'ARS Auvergne et Eric BLANC, chargé de mission immobilier de l'ARS Auvergne ; en présence de M. Yvan LHOMME, représentant de la DGOS du ministère des affaires sociales et de la santé et de M. Didier PETITJEAN, représentant de France Domaine lors de la séance du 24 avril 2013
- Monsieur Alain COLLOMBET, Secrétaire général des Hospices civils de Lyon (HCL) accompagné de MM. Bruno CAZALET, Directeur des affaires techniques et de Jean-Louis MAGNILLAT, Directeur des affaires domaniales, lors de la séance du 29 mai 2013
- Madame Odile RITZ, Directrice générale adjointe du CHRU de Besançon, accompagnée de M. Guy LANG, directeur des infrastructures et en présence de Monsieur Jean-Marc TOURANCHEAU, directeur général adjoint de l'ARS Franche-Comté et de M. Bruno SOULIÉ, représentant du service France Domaine, lors de la séance du 12 juin 2013 ;
- Monsieur M. Yvonnick MORICE, directeur général du CHRU de Lille; accompagné de MM. Bruno DONIUS, directeur général Adjoint, Bruno ROSSETTI, directeur délégué à l'urbanisme et au projet sud et Vincent DUPONT, directeur du département des ressources financières et en présence de M. Daniel LENOIR, directeur général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais accompagné de M. BOUSSEMART responsable de la cellule appui à la performance ainsi que de M. Bruno SOULIÉ, représentant du service France Domaine, lors de la séance du 12 juin 2013 ;
- Monsieur Jean-Michel BUDET, Directeur général adjoint de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) en présence de Madame Martine RIFFARD-VOILQUÉ, Directrice « Patients, Offre de soins, Autonomie » de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, lors de la séance du 26 juin 2013 ;
- Mme Christiane COUDRIER, Directrice générale du CHU de Nantes accompagnée de Mme Cécile JAGLIN-GRIMONPEZ, Directeur du Plan et de M. Éric MANŒUVRIER, Directeur du Pôle Activité et Développement, en présence de Mme Marie-Sophie DESAULLE, Directrice générale de l'ARS Pays-de-Loire, lors de la séance du 18 septembre 2013 ;
- M. Barthélémy MAYOL, directeur général adjoint du CHU de Dijon, accompagné de MM. Hervé CHARBIT, directeur adjoint et Daniel JACQUES, ingénieur général et en présence de M. Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'ARS Bourgogne, lors de la séance du 2 octobre 2013 ;
- M. Bernard DUPONT, Directeur général du CHU de Nancy et de Madame Catherine DUBOIS, représentante de l'ARS Lorraine lors de la séance du 2 octobre 2013

Conseil de l'immobilier de l'État

- Monsieur Philippe DOMY, Directeur général du CHRU de Montpellier et de Monsieur Jean-Yves LE QUELLEC, Directeur de l'Offre de soins de l'ARS Languedoc-Roussillon lors de la séance du 16 octobre 2013 ;
- M. Eric DUPEYRON, directeur adjoint du CHRU de Toulouse accompagné de M. François Le CLEZIO, directeur du patrimoine et en présence de Monique CAVALIER, directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées, lors de la séance du 27 novembre 2013 ;
- Monsieur Philippe VIGOUROUX, Directeur général du CHU de Bordeaux accompagné de Madame Chantal LACHENAYE-LLANAS, Directeur général adjoint et de Monsieur Patrick HEISSAT, Ingénieur général à la direction des Travaux Ingénierie, en l'absence de représentant de l'ARS Aquitaine lors de la séance du 27 novembre 2013 ;
- Mme Monique RICOMES, Secrétaire générale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) , accompagnée de Mme Carine CHEVRIER, Directrice de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de MM. Emmanuel QUISSAC, chef du département de la stratégie financière et patrimoniale et Denis MARCHAL, chef du service patrimoine immobilier, en présence de M. Sébastien LELOUP, responsable du département AP-HP au sein de la direction de l'offre de soins médicaux sociaux de l'ARS Ile-de-France accompagné de M. Didier BOURDON, conseiller technique AP-HP auprès de l'ARS.
- M. Jean DEBEAUPUIS, Directeur général de l'offre de soins au Ministère des affaires sociales et de la santé accompagné de Mme Julie LAGRAVE adjointe au chef du bureau Efficience des établissements de santé publics et privés et de M. Christian BEREHOUC, Directeur associé de l'ANAP accompagné de Mme Anabelle BILLY, responsable du programme « optimisation de la gestion patrimoniale » ;
- M. Thierry FRANCCQ, Commissaire général adjoint à l'investissement (CGI), accompagné de Mme Sylviane GASTALDO, Directrice du programme « évaluation des investissements publics » et de MM. Hervé RUGO, Conseiller « développement et investissements immobiliers » et Jean-Christophe DANTONEL, Directeur de programme « santé-biothec » ;

Considérant que la stratégie nationale de santé (SNS) qui propose de structurer les réformes à venir autour de la médecine de parcours, vise à anticiper les défis auxquels notre système de santé sera confronté dans les prochaines années :

- Le vieillissement de la population illustré par le doublement d'ici à 2060 de la part des plus de 85 ans dans la population française qui représentera 7 millions de personnes,
- La part croissante du nombre de patients porteurs de pathologies chroniques,
- La poursuite du développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoires,
- L'adaptation aux autres évolutions, scientifiques, techniques ou relevant de l'organisation des soins tels que les progrès attendus dans le domaine de la médecine prédictive,
- La prise en compte des mutations de notre société qui se traduisent par de nouveaux besoins et des changements de comportements des patients,
- La lutte contre les inégalités, sociale et territoriales de santé, afin de garantir l'accès de tous à des soins de qualité et globalement à une meilleure santé.

Considérant que les contraintes qui pèsent sur les finances publiques exigent la gestion la plus rigoureuse des ressources financières consacrées au système de santé ;

Considérant que de multiples autorités administratives sont impliquées dans l'organisation et la coordination des activités de santé en France ;

Qu'au sein de l'administration du ministère des affaires sociales et de la santé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) est chargée de la programmation de l'offre de soins et des investissements hospitaliers, de la gestion des statuts et de la formation des personnels hospitaliers, ainsi que de l'organisation des établissements hospitaliers ;

Que depuis le 1er avril 2010, les Agences régionales de santé (ARS) sont en charge de la déclinaison et de la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, de la définition d'une politique régionale de santé, de l'organisation des soins, de la veille et de la sécurité sanitaire, ainsi que de la prévention dans leur région ; qu'elles contrôlent l'action des hôpitaux au regard des objectifs de santé publique ;

Que la qualité des prestations est évaluée par la Haute autorité de santé (HAS), qui assure la certification des établissements et valide des référentiels de bonne pratique ;

Que l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a pour mission 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 dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.

Que les régions ont compétence pour la formation initiale des personnels sociaux, médico-sociaux et paramédicaux, et peuvent également contribuer au financement de l'investissement ; que les départements exercent des compétences importantes en matière sociale et médico-sociale ; que les maires des communes sièges des

établissements sont membres de droit du conseil de surveillance de l'hôpital et peuvent présider cette instance ;

Que l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (régime général) est l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France, finance 75 % des dépenses de santé et prend en charge, en moyenne, 93% des dépenses d'hospitalisation ;

Que de multiples agences et instituts spécialisés interviennent dans le champ de la santé publique dans les domaines de la sécurité sanitaire de la prévention, du cancer de l'éthique et des dons ;

Considérant que la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet 2009 a confié la mission d'élaborer un projet régional de santé (PRS), aux ARS, en concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé ; ce document a pour objet d'unifier le pilotage stratégique de la politique de santé sur chaque territoire en intégrant tous les secteurs d'activité sanitaire ;

Que le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS pour cinq ans, après avis officiel du Préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;

Que le Plan stratégique régional de santé (PSRS) qui constitue le premier volet du PRS, définit les priorités de santé de chaque région et les objectifs associés en matière de prévention, de qualité et d'efficience des prises en charge, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ; qu'il comporte un diagnostic et une étude prévisionnelle de l'offre de soins et organise également la coordination entre les politiques de santé régionales ;

Que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui constitue l'outil opérationnel de mise en œuvre du PSRS, a pour objectif, tout en prenant en compte le contexte macro-économique, de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux objectifs de la politique de santé et contribue à l'amélioration de l'efficience du système régional de santé par la poursuite des restructurations de l'offre de soins et la structuration de l'offre de soins autour des alternatives à l'hospitalisation complète ; que le SROS fixe notamment les objectifs prioritaires, détermine la répartition géographique des installations et activités de soins et les transformations de l'offre qui seront nécessaires à sa réalisation (suppressions, créations, regroupements...), et développe les modalités permettant d'améliorer la prise en charge des soins par la coordination des soins ville/hôpital, la coopération entre établissements et la recomposition du tissu hospitalier ;

Considérant que la prévention, l'enseignement universitaire et postuniversitaire, la recherche, la qualité des soins et la sécurité constituent les missions du service public hospitalier ;

Que l'hôpital est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences ; qu'il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé, comme les centres de lutte contre le cancer ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Que l'hôpital est l'acteur majeur de la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, de la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical ;

Que l'hôpital est un lieu de recherche clinique et une importante source d'innovations médicales et pharmaceutiques ;

Que l'hôpital met en place un système permettant d'assurer la qualité des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire ;

Que l'hôpital participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire ;

Considérant que le fonctionnement de l'hôpital a été profondément transformé au cours des années 2000, avec la mise en place des pôles d'activité et d'une nouvelle gouvernance hospitalière ;

Que cette nouvelle gouvernance repose sur une direction renforcée, en concertation étroite avec un directoire collégial, sous le contrôle du conseil de surveillance qui se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement ;

Que le conseil de surveillance comprend trois catégories de membres : des représentants des collectivités territoriales parmi lesquels le maire de la commune siège de l'établissement principal et le président du conseil général, des représentants du corps médical et des personnels hospitaliers, et des personnes qualifiées et des représentants des usagers.

Que les établissements disposent de plusieurs instances consultatives : la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE), la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT), le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;

Que les établissements de santé sont organisés en pôles d'activité, qui se substituent peu à peu aux services et aux départements ; que les pôles d'activité cliniques ou médicotéchniques sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire, qui dispose d'une autorité sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement et d'une délégation de gestion du directeur ;

Qu'afin d'assurer une prise en charge plus globale et plus suivie du malade, ainsi qu'une optimisation des coûts, l'hôpital est fortement encouragé à coordonner, voire à partager son activité avec d'autres structures et acteurs intervenant dans le domaine de la santé ; que cette coopération peut prendre plusieurs formes : conventions entre établissements, syndicats inter-hospitaliers, groupements de coopération sanitaire, communautés hospitalières de territoire ;

Considérant que la réforme de l'assurance maladie intervenue en 2004 a profondément modifié le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Que la "tarification à l'activité" (T2A), est un mode de financement qui s'appuie sur l'activité réalisée et tient davantage compte du dynamisme de chaque établissement, notamment dans le domaine de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;

Que la grande majorité des ressources hospitalières dépend désormais du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés, même si les missions d'intérêt général, les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes continuent de bénéficier d'un financement forfaitaire.

Que les coûts sont désormais détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital ;

Que les tarifs couvrent l'investissement courant et très partiellement les charges d'investissements immobiliers lourds¹ ; qu'au demeurant, la régulation prix/volume, aboutissant à la fixation du niveau des tarifs, ne permet pas de prendre en compte le niveau des charges ;

Considérant que le budget hospitalier est en moyenne, consacré pour 67% aux dépenses de personnel, pour 15% aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux, pour 9% aux autres achats, et pour 9% aux amortissements et aux frais financiers (bâtiments, matériel...) ;

Qu'en 2009, le compte de résultat principal des CHRU représentait 24,1 Mds€ et l'investissement 2,5 Mds€ ;

Que le Conseil n'a pu disposer de données spécifiques sur le coût de la fonction immobilière.

Considérant que le niveau atteint par l'endettement hospitalier est critique² ;

Que la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé (EPS) a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 Mds€ à la fin 2012, soit 1,4 % du PIB et plus de dix fois le montant annuel d'investissement hospitalier ;

Que la dette est concentrée sur les CHU et les grands centres hospitaliers ;

Que le service de la dette qui tient compte des charges d'intérêt et des obligations annuelles de remboursement des hôpitaux, atteignait 4,1 % des produits d'exploitation fin 2011, alors que le taux de marge brute non aidée des établissements publics de santé, qui doit également financer des investissements annuels incompressibles, s'élevait à 5,1 % ;

Que les travaux récents de l'IGAS et l'IGF situent autour de 3 %, le niveau incompressible d'investissement hors immobilier lourd comprenant l'investissement en équipement, en installation générale et en investissement incorporel, hors maintenance, notamment préventive, estimée par ailleurs entre 2 et 4 % du coût des investissements ;

¹ Rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de de l'Inspection générale des finances (IGF) de mars 2013 sur l'évaluation du financement de l'investissement hospitalier

² Rapport de la Cour des comptes du 11 avril 2014 sur la dette des établissements publics de santé (EPS)

Considérant que cette situation financière dégradée résulte de l'accroissement mal maîtrisé de l'endettement hospitalier, largement lié à la très forte augmentation de l'investissement durant la dernière décennie, qui a saturé les possibilités de recours à l'emprunt ;

Que sur la base de plusieurs études faisant état d'un sous-investissement sur la période antérieure, d'un niveau inquiétant de l'obsolescence du bâti et des équipements hospitaliers, le gouvernement a lancé en mai 2002 le plan Hôpital 2007 (H2007), visant à rattraper le retard d'investissement, auquel a succédé le plan Hôpital 2012 (H2012), doublé du plan santé mentale.

Que ce sont au total 52,3 Mds€ d'investissement qui ont été réalisés pour les établissements de santé publics sur la période 2002-2011, dont 22 Mds€ par les divers plans ; que les investissements immobiliers lourds représentent 90 % de la croissance des investissements, passant de 1,4 Mds€ en 2002 à plus de 4,2 Mds€ en 2009 ;

Que les opérations immobilières et de mise aux normes réalisées dans le cadre des plans H 2007 et H 2012 ont représentées un investissement de 20,8 Mds€ contre 14,5 Mds€ initialement projetés ; que les aides de l'État et de la Sécurité sociale prévues pour 10,3 Mds€ ont été versées à hauteur de 7 Mds€ seulement ;

Qu'en conséquence, les établissements de santé ont dû absorber à la fois l'augmentation des dépenses (6,3 Mds€) et le moindre effort de subvention (3,2 Mds€) ; que ce complément de 9,5 Mds€ a été trouvé par prélèvement des réserves financières des établissements et un accroissement de leur endettement ;

Considérant que la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques du 31 décembre 2012 a instauré, pour tous les projets d'investissements civils financés par l'État, ses établissements publics, les établissements publics de santé ou les structures de coopération sanitaire, une exigence d'évaluation socioéconomique préalable.

Considérant que la ministre de la santé a annoncé en mars 2013 que 45 Mds€ (soit un doublement de l'investissement annuel actuel qui est de 2,5 Mds€) seront investis dans les hôpitaux au cours des dix prochaines années afin que les établissements de santé conservent et améliorent leur degré d'excellence ;

Que les ARS ont été chargées du recensement des besoins régionaux en termes d'investissements hospitaliers et d'établir un schéma régional d'investissement en santé (SRIS) ;

Que le SRIS a vocation à prioriser les projets à l'échelle régionale, à concevoir les investissements hospitaliers non plus de façon individuelle mais de façon globale, au regard de l'offre existante sur le territoire, à assurer les meilleurs investissements en réponse aux besoins de la population et garantir l'articulation des projets hospitaliers avec les autres offreurs de soins ;

Qu'une procédure innovante d'instruction et de suivi des projets a été mise en place ; que le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) installé en décembre 2012 a pour mission d'assurer le suivi technique des dossiers d'investissement hospitalier, en lien avec une contre-expertise technique indépendante et le Commissariat général à l'investissement (CGI).

Considérant que les 32 centres hospitaliers régionaux et universitaires³ (CHRU) ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et cumulent une fonction de soins courants vis-à-vis de la population de leur secteur et une fonction d'appel et de soins de second degré vis-à-vis des autres établissements de la région ; qu'ils jouent un rôle essentiel dans le dispositif de santé français⁴ :

- Soins : avec 4 millions de passages aux urgences, 5 millions d'entrées, 5,3 millions de courts séjours, 20 millions de consultations et plus de 162 000 naissances, les CHRU assurent plus de 35 % de l'activité des hôpitaux publics français et 21 % de l'activité hospitalière totale.
- Formation : en coopération avec les 36 facultés de médecine, les 24 de pharmacie et les 16 facultés d'odontologie (soins dentaires), les CHRU assurent la formation médicale de 35 000 étudiants. Leurs 258 écoles spécialisées préparent 26 000 élèves aux métiers de soignants (infirmiers, aides-soignants...), de techniciens de laboratoires et de cadres de santé.
- Recherche : leurs unités d'excellence ont été sélectionnées pour fonder 6 instituts hospitalo-universitaires.
- Innovation : les CHRU déposent en moyenne 235 nouveaux brevets par an, et engagent environ 530 nouveaux programmes de recherche clinique chaque année.

Que les CHRU rassemblent plus de 200 sites hospitaliers et près de 3 000 services ou départements, d'une capacité de 87 000 lits et de près de 10 000 places ;

Qu'ils emploient 34% des effectifs médicaux et non-médicaux des établissements publics de santé ; que les personnels non médicaux des CHRU représentent 83 % des 320 000 emplois à temps plein de leurs effectifs ; que ce volume d'emploi fait de chaque CHRU, le premier employeur de l'agglomération, du département ou le plus souvent, de la région ;

Qu'en 2011, le compte de résultat principal de l'ensemble des CHRU représentait 25,3 Mds€ pour un volume d'investissement de 2,2 Mds€ ;

Que, grâce à l'effet conjugué de l'augmentation d'activité, de la maîtrise des effectifs, des gains de productivité et de l'encadrement des dépenses et des investissements, les CHRU sont passés d'un déficit de 425 millions en 2009 à 323 millions en 2011, leur capacité d'autofinancement progressant dans le même temps de 1 Mds€ à 1,5 Mds€ ;

³ A l'exception des CHR d'Orléans et de Metz-Thionville, tous les centres hospitaliers régionaux sont associés à une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR), pour former un centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Les 30 CHRU sont implantés à Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Fort-de-France, Grenoble, La Réunion, Lille, Limoges, Lyon (Hospices civils de Lyon), Marseille (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille), Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Paris (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Pointe-à-Pitre, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg (Hospices civils de Strasbourg), Toulouse et Tours.

⁴ Chiffres 2011, Fédération Hospitalière de France ; <http://www.hopital.fr>

Considérant que le patrimoine des établissements publics de santé est, avec environ 60 Mm² construits d'une importance comparable à celui de l'État⁵ ;

Que si les plans H2007 et H2012 ont conduit à la désaffectation d'une partie du patrimoine historique, les surfaces sont en expansion continue : 40 Mm² au début des années 80 à comparer aux 60 Mm² actuels ;

Que malgré l'effort d'investissement, certains bâtiments ne répondent plus aux standards actuels et offrent des conditions d'hébergement inadaptées ;

Que le millier d'entités juridiques qui le constitue était pour l'exercice comptable 2008, valorisé à 45 Mds€ ;

Considérant que ce patrimoine immobilier est essentiellement utilisé pour des missions hospitalières ; que la typologie variée du bâti est le fruit de l'histoire du système de santé, de l'architecture et de la technique ;

Que ce patrimoine s'est constitué par cycles, l'investissement dans la construction neuve étant privilégiée ;

Que certains ensembles hospitaliers qui disposaient initialement d'un important foncier présentent un bâti hétérogène correspondant aux styles architecturaux successifs : Angers, Lille, La Pitié Salpêtrière ;

Que d'autres sont composés de grands ensembles dit « barre » ou « tour » : La Timone, Henri Mondor, Côte de Nacre, Hautepierre ;

Que des unités de soins normalisées ont été établis selon une programmation type et des modèles architecturaux de plans et façades ; que d'autres constructions plus diversifiées sont issues de concours d'architecture et de l'abandon d'agrément des architectes sur les vingt dernières années ;

Que près de 50 % des CHRU possèdent des bâtiments classés monuments historiques ou inscrits à l'inventaire supplémentaire.

Que les immeubles affectés aux activités de soins sont des ouvrages complexes et techniques ; que la part des équipements représente aujourd'hui 20 à 35% du montant de la construction d'un hôpital neuf contre 10 à 15% en 1985 ;

Que le patrimoine immobilier affecté aux soins des CHRU qui représente 13,3 Mm² de surface construite s'est fortement modernisé, avec, sur la période 2003 – 2011, un total de 18 Mds€ de dépenses d'investissements en immobilier et d'équipements connexes.

Considérant que ce patrimoine comporte également des biens non affectés aux soins correspondant soit à des anciens bâtiments hospitaliers désaffectés, soit à des biens du patrimoine privé, dits « de la dotation non affectée (DNA) », ⁶

⁵ En 2012, les services de l'État occupaient 65 Mm² et les opérateurs de l'État, 35 Mm² (source : Document de politique transversale politique immobilière de l'État 2014)

⁶ Enquête de la Cour des comptes relative au patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins, février 2012

Conseil de l'immobilier de l'État

Que les problématiques de reconversion du patrimoine qui n'est plus utilisé pour les soins concernent de très nombreux établissements sur l'ensemble du territoire ;

Que le patrimoine DNA est un héritage des établissements constitué de dons et legs de natures très diverses : forêts, terres, vignes, immeubles d'habitation, biens atypiques comme des châteaux, des théâtres ou des hôtels ;

Que les hôpitaux dotés d'un patrimoine privé significatif sont relativement peu nombreux et concentrés dans quelques régions ; que trois établissements totalisaient en 2009, 60 % des recettes d'exploitation hors cessions de la DNA : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (28 M€), les Hospices civils de Lyon (16,5 M€) et les Hospices de Beaune (10,2 M€) ; que les CHRU de Strasbourg, Lille, Marseille et Clermont-Ferrand et le centre hospitalier parisien des Quinze-Vingts sont ensuite les seuls à bénéficier de produits d'exploitation supérieurs à 1 M€.

Considérant que le patrimoine privé a permis, par son importance, le développement d'une politique de logement en faveur du personnel au titre des fonctions occupées ou sur critères socio-professionnels.

Que cette dernière utilisation qui ne correspond pas à des logements de fonction pour nécessité absolue ou utilité de service, apparaît particulièrement développée dans les plus grands centres hospitalo-universitaires ;

Que la politique de logement du personnel sur critères sociaux ou professionnels développée par les grands CHRU a une double finalité : un objectif d'attractivité de professionnels de santé dont le recrutement connaît des tensions récurrentes et un objectif social avec l'idée de remédier à la cherté des loyers dans la région d'implantation et de faciliter le logement à proximité des établissements employeurs.

Considérant que l'ANAP accompagne les établissements de santé et médico-sociaux dans leur politique immobilière ; que les trois axes de cet accompagnement sont :

- Lier fortement investissement et exploitation ;
- Passer d'une démarche de réalisation d'investissements à celle de gestion d'actifs immobiliers ;
- Objectiver les choix des responsables d'établissements par la création et la consolidation d'outils et référentiels, anticipant les évolutions des prises en charge ;

Les représentants des établissements publics de santé, de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère en charge de la santé, des agences régionales de santé (ARS), de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), du Commissariat général à l'investissement (CGI) et du service France Domaine ayant été entendus en leurs explications ;

Le Conseil, après en avoir délibéré lors de sa séance du 15 octobre 2014, formule les remarques suivantes :

Sur la politique immobilière des établissements publics de santé

1. La gestion immobilière des établissements publics de santé est un enjeu primordial pour la politique nationale de santé mais également pour les finances publiques et l'aménagement du territoire.

Le Conseil observe que ***l'immobilier est, dans chacune de ses dimensions, un facteur déterminant de l'accomplissement des missions du service public hospitalier.***

- Le lieu d'implantation doit être en adéquation avec le positionnement de l'établissement dans le dispositif de santé du territoire.
 - L'immeuble est un outil de travail dont la conception structure l'activité hospitalière.
 - La qualité du service rendu est étroitement liée à celle de l'entretien du bâti et de la maintenance des équipements.
 - Les investissements immobiliers pèsent fortement sur l'équilibre financier des hôpitaux.
2. Le Conseil salue la volonté de progrès affichée par l'ensemble des acteurs rencontrés et constate que ***la majorité des CHRU auditionnés ont opéré des regroupements d'implantations et procèdent ou souhaitent procéder à la cession de leurs biens désaffectés et non affectés.***

Il invite le ministère en charge de la santé à coordonner ces efforts en développant une ***politique immobilière dynamique pour les établissements publics de santé*** reprenant trois grands principes de la politique immobilière de l'État :

- offrir aux agents et aux usagers des locaux adaptés aux besoins du service public ;
 - diminuer le coût de la fonction immobilière en allouant aux services des surfaces rationalisées et évolutives, en cédant les surfaces excédentaires et en améliorant les performances de gestion des immeubles ;
 - valoriser le patrimoine immobilier afin de céder les immeubles inadaptés ou devenus inutiles ;
3. Le Conseil souligne que la réussite d'une politique relative à un immobilier d'exploitation requiert préalablement le partage d'une représentation de l'immobilier, de ses enjeux et de la finalité de la politique.

En l'espèce, la nature de la mission des établissements, la multiplicité des acteurs, la diversité de leurs points de vue, rendent indispensables ***l'établissement d'un état des lieux, la définition d'un référentiel commun et l'adoption d'un cadre objectif.***

Le Conseil invite la DGOS à mettre en place les outils nécessaires à la construction de cette représentation collective de l'immobilier hospitalier et de ses problématiques associées à partir de la confrontation des points de vue des acteurs concernés.

Il suggère de préciser dans le cadre de ces travaux collectifs, **les objectifs de la politique immobilière hospitalière** et de définir les indicateurs susceptibles de rendre compte de leur atteinte.

Il remarque notamment que de nombreux ratios de l'immobilier hospitalier se rapportent à la quantité de lits sans que soient toujours distingués les lits de court séjour de ceux de long séjour. Il s'interroge sur la pertinence de cette notion dans un contexte de structuration de l'offre de soins autour des alternatives à l'hospitalisation complète.

Le Conseil constate, au gré de ses rencontres avec les différents services et opérateurs de l'État, que s'il est souvent délicat d'établir un rapport entre le coût de l'immobilier et le bénéfice que le service public retire de son occupation, il est impératif pour opérer des arbitrages, que le concept de coût immobilier soit explicité à l'ensemble des acteurs dans ses différentes dimensions : investissements et financement, coût d'occupation et d'exploitation, valeur vénale et coût de sortie...

Il considère qu'une telle démarche pédagogique est de nature à faciliter la mise en œuvre de la politique immobilière arrêtée. Identifier les éventuels enjeux conflictuels en amont de la mise en œuvre des stratégies locales, peut permettre d'élaborer des réponses génériques et donner les moyens à chacun de mesurer les impacts directs ou indirects de ses choix.

4. Le Conseil recommande de confier à l'ANAP l'animation de ces travaux préalables à la définition d'une politique nationale immobilière hospitalière, du fait de sa bonne connaissance tant du sujet que des acteurs. L'ANAP pourrait utilement nourrir les débats par une présentation d'une analyse comparative des politiques immobilières hospitalières d'autres pays.
5. Le Conseil remarque que la diversité du patrimoine hospitalier est le reflet de l'histoire de ses modèles architecturaux. Il s'interroge sur le(s) modèle(s) à retenir pour l'avenir.

Il rappelle que **les choix techniques initiaux des projets immobiliers sont déterminants pour l'adaptation du bâti et des équipements aux évolutions qualitatives et normatives**. Il relève les dispositions prises par le CHU de Nantes pour préserver l'avenir dans le cadre de son projet sur l'Île-de-Nantes.

Il observe que le cycle des évolutions va s'accéléralant au sein de l'hôpital. Il note plus particulièrement plusieurs phénomènes qui concourent à bouleverser la relation du site hospitalier avec son environnement : une politique de santé axée sur le parcours de santé induit une redéfinition des interactions entre acteurs ; les nouvelles technologies de l'information et de la communication offrent de nouvelles perspectives (e-santé, e-administration, e-commerce, etc.) ; le développement d'une politique culturelle au cœur des hôpitaux est par ailleurs, une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place au patient.

Le Conseil relève que **les emprises des CHRU constituent des réserves foncières significatives alors que le mouvement de densification des villes s'accélère**.

Il invite les acteurs à mesurer l'impact conjugué de ces évolutions ainsi que les multiples avantages que l'hôpital pourrait retirer d'une plus grande ouverture sur son environnement.

Il soumet l'exemple des gares ferroviaires et des aéroports qui ouvrent leurs sites à des tiers, retirent des avantages économiques de la location de locaux et bénéficient également de la complémentarité de l'offre de service développée par leurs locataires.

6. En tout état de cause, le Conseil engage le ministère à veiller au **respect des critères de la politique immobilière de l'État pour l'implantation des structures administratives** des établissements publics de santé, qu'il s'agisse des loyers plafonds du secteur géographique ou du ratio maximum de 12 m² SUN / poste de travail, s'agissant des bureaux, même pour ceux disséminés dans chaque établissement.
7. Le Conseil prend note des initiatives récentes pour améliorer la gestion immobilière des établissements publics de santé. Il recommande de travailler à la bonne articulation des dispositifs retenus et notamment à la cohérence de la mise en œuvre de la stratégie immobilière aux niveaux national, régional et local.

Il constate cependant que **la stratégie immobilière des hôpitaux ne prend pas suffisamment en compte l'ensemble de l'offre de soins proposée dans leur ressort géographique**, absence qui nuit au bon pilotage de cette action. Une stratégie élaborée à un niveau plus adapté permettrait de prendre en compte la variété de l'offre de soins, de créer une synergie entre les acteurs concernés afin de ne pas avoir à surinvestir dans des activités hospitalières déjà largement couvertes par ailleurs et au contraire à investir davantage dans des secteurs moins concurrentiels.

Il relève que des outils ont été développés pour assurer une meilleure cohérence entre la stratégie d'organisation des soins et les plans d'investissement qui constituent la facette la plus exposée de la gestion immobilière hospitalière. Il encourage les acteurs à poursuivre cet effort de formalisation afin d'accroître l'efficacité de la politique immobilière.

Il soutient la recommandation de la Cour des Comptes visant à rendre obligatoire, pour les CHRU, la rédaction d'une **annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier. Il suggère pour cela, de s'inspirer du modèle des schémas pluriannuels de stratégie** immobilière (SPSI) des opérateurs de l'État. Le service France Domaine pourrait être utilement associé à l'élaboration de cette annexe immobilière.

Le Conseil recommande que ces documents soient régulièrement actualisés et leur conformité aux schémas régionaux d'investissement en santé, vérifiée.

Il estime également que **les informations relatives aux créations et aux libérations d'emprises significatives doivent être communiquées au responsable régional de la politique immobilière de l'État**, afin que celui-ci les intègre dans le schéma directeur régional immobilier (SDIR) pour une meilleure articulation des différentes stratégies immobilières publiques.

Sur la connaissance de l'immobilier

8. Le Conseil rappelle que **la bonne connaissance du patrimoine, de son utilisation et de ses enjeux financiers, est un prérequis à la mise en œuvre d'une politique immobilière.**

Cette base de données qui est à constituer localement à partir d'un inventaire des biens immobiliers doit permettre de piloter chacune des dimensions de la fonction immobilière. La mise en place d'un cadre méthodologique commun et le partage d'un même outil est indispensable pour que chacun des acteurs de la politique immobilière hospitalière dispose des informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

Le Conseil observe que si les responsables d'établissements rencontrés ont une relativement bonne connaissance de leurs bâtiments affectés aux soins, la qualité des données relatives à l'exploitation des immeubles et à leur coût sont très inégales ; S'agissant de la valeur du patrimoine, il constate, à de rares exceptions près, que la connaissance précise des actifs a été remise à l'obligation de certification des comptes.

Le Conseil regrette que **le ministère en charge de la santé ne dispose pas d'un niveau suffisant d'informations pour assurer le pilotage d'une véritable politique immobilière.**

Il relève cependant que la mission d'accompagnement technique du programme de rénovation du patrimoine hospitalier confiée à la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) quelques années avant le lancement de la politique immobilière de l'État, a amorcé une normalisation des informations immobilières dans le cadre de la diffusion de multiples outils méthodologiques.

Il salue les actions de l'ANAP opérées dans la continuité de ces premiers travaux qui aboutissent aujourd'hui au déploiement des outils OPHELIE (« Outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé – Législation – Indicateurs – Environnement ») et OSCIMES (« Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé »). Il invite l'ensemble des centres hospitaliers à s'approprier ces outils.

Le Conseil encourage l'ensemble des acteurs publics concernés (ministère, ARS, ANAP, établissements de santé...) à poursuivre ensemble dans cette voie de façon à **constituer prochainement un véritable outil opérationnel de pilotage de la fonction immobilière hospitalière.** Il les invite à échanger avec les gestionnaires de la politique immobilière de l'État qui sont mobilisés depuis plusieurs années sur ces sujets.

Sur le patrimoine dédié à l'activité d'enseignement :

9. Le Conseil prend acte que très peu d'informations lui ont été communiquées sur le patrimoine dédié à l'activité d'enseignement des métiers de la santé, que ce soit dans le cadre des auditions relatives à la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) ou dans celui de ses travaux relatifs à l'immobilier universitaire. Il note certaines difficultés rencontrées localement pour identifier le propriétaire des locaux occupés par des activités d'enseignement des métiers de la santé et distinguer les coûts immobiliers qui relèvent de l'université et de l'hôpital.

Ses différents travaux n'ayant pas permis d'identifier ce patrimoine particulier, le Conseil se saisira du sujet pour le traiter isolément.

10. Dans cette perspective, il invite les ministères de tutelle des établissements de santé et universitaires concernés à lancer conjointement un programme d'études visant à optimiser ces lieux d'enseignement.

Sur l'élaboration de stratégies immobilières

11. Le premier critère d'une bonne gestion d'un parc immobilier d'exploitation est la juste adéquation des moyens immobiliers aux besoins des missions.

Le Conseil salue les efforts de rationalisation entrepris par les établissements et plus particulièrement les démarches telles que celle adoptée par le CHU de Bordeaux qui réalise semestriellement des études de calibrage capacitaire par pôle afin d'affiner les besoins en lits et places de l'établissement à la réalité de ses modes de prises en charge.

Il souligne l'intérêt des **outils de parangonnage développés par l'ANAP** qui constituent des repères au regard desquels chaque établissement peut affiner la trajectoire d'optimisation de ses moyens immobiliers.

Le Conseil engage l'ensemble des acteurs à poursuivre les efforts de rationalisation de leurs parcs immobiliers par l'analyse comparée des solutions immobilières qui doit concerner non seulement les m² et leurs coûts mais également les qualités techniques des immeubles et l'efficacité de leurs surfaces.

12. Le Conseil rappelle que **la valorisation du potentiel des emprises existantes est une composante essentielle de toute stratégie immobilière.**

Il recommande aux établissements de se faire accompagner de professionnels pour procéder à l'identification des emprises sous utilisées et en estimer la constructibilité résiduelle et les possibilités de densification.

Il souligne que ces éléments sont de nature à orienter une stratégie immobilière dans la double-perspective de répondre aux besoins métiers et de dégager des marges de manœuvre financières par la valorisation du patrimoine.

13. Le Conseil observe que la traduction des besoins métiers en besoins immobiliers est d'autant plus délicate à opérer que la question se pose dans un contexte de forte évolution des besoins en santé ainsi que des réponses envisagées pour y répondre.

Il note que la difficulté des établissements à anticiper ces évolutions s'est notamment traduite par un **mauvais calibrage de projets immobiliers** réalisés dans le cadre des plans H2007 et H2012. Il regrette par exemple, que le développement des prises en charges ambulatoires encouragé au niveau national, n'a pas toujours été pris en compte dans le dimensionnement des projets des établissements qui n'ont qu'exceptionnellement intégrés un objectif de diminution des capacités et des surfaces.

14. Le Conseil souligne qu'une stratégie immobilière constitue une réponse globale adaptée à l'ensemble des besoins identifiés qui ne peut se réduire à la simple addition des réponses particulières identifiées pour y répondre.

Il engage les CHRU rassemblant plusieurs entités à concevoir une stratégie globale permettant le regroupement des implantations. L'exemple des stratégies immobilières autonomes des hôpitaux de l'AP-HP est un écueil à éviter.

Le Conseil remarque que le regroupement des activités du CHRU de Lille sur un site unique en périphérie de la ville, dans un secteur dédié au monde de la santé, constitue un atout essentiel pour l'établissement.

Le Conseil insiste sur **la nécessité d'adapter la stratégie de chaque établissement à son environnement régional** pour mieux répondre aux besoins locaux et éviter les risques de dérapage (comme le surdimensionnement), en s'appuyant notamment sur des prévisions démographiques (évolution de la population, indice de vieillissement, taux de natalité, mortalité, mortalité infantile, âge moyen, etc...), en inscrivant sa stratégie en cohérence avec d'autres schémas régionaux de santé, en analysant l'évolution de la demande par secteur d'activités médicales et par parangonnage avec les autres acteurs hospitaliers de la région (cliniques privées, hôpital militaire...).

15. Le Conseil rappelle qu'il est a priori moins onéreux d'entretenir régulièrement un parc immobilier que de procéder par grandes opérations de travaux de rénovation dont les chantiers contraignent fortement l'activité hébergée.

Il relève que la qualité des immeubles et de leurs équipements est d'autant plus déterminante pour la bonne exécution des missions des services publics que ceux-ci interviennent dans le secteur de la santé. Or, le nombre d'établissements hospitaliers concernés par des problématiques de mise aux normes et le volume de travaux de maintenance corrective réalisés ou demeurant à réaliser témoignent d'un déficit dans la qualité de la maintenance immobilière des CHRU. Le Conseil note que les plans d'investissement H2007 et H2012 visaient notamment à apporter des réponses au niveau d'obsolescence inquiétant des infrastructures hospitalières universitaires pointé en 2002 par leurs directeurs généraux.

Le Conseil invite les établissements à **renforcer la qualité de l'entretien de leurs installations immobilières en se dotant d'un plan stratégique de maintenance** et en arrêtant un plan de financement ad hoc qui ne doit pas, comme trop souvent constaté, devenir, avec le temps, une variable d'ajustement budgétaire.

Il recommande également de **tenir compte de l'exploitation future des immeubles existants ou à construire** lors de la conception des stratégies immobilières des établissements de soins notamment **par une approche du coût global** des opérations immobilières projetées.

16. Le Conseil prend acte que le choix d'implanter les activités d'un établissement hospitalier sur un immeuble à construire plutôt que de procéder pour un coût moindre, à la réhabilitation de ses sites actuels peut se justifier par l'obligation de procéder à des regroupements de services, par l'insuffisante adaptabilité du bâti existant pour répondre aux besoins d'un hôpital contemporain, par les nuisances qu'engendreraient des travaux réalisés en site occupés ou par les nombreux avantages, y compris économiques, attendus d'un site neuf.

Il considère cependant, que le choix du neuf, souvent plus séduisant qu'un simple projet d'amélioration de la situation existante, ne doit pas être systématique et que les autres scénarios doivent être rigoureusement étudiés.

Pour autant, il précise que ces choix stratégiques doivent s'inscrire dans une perspective temporelle adaptée et relève les multiples difficultés posées par le maintien des CHRU

au sein d'un patrimoine historique, a fortiori lorsque celui-ci est classé. Il s'interroge, par exemple, sur le choix opéré par les Hospices civils de Lyon (HCL) qui conduisent une opération de transformation en site occupé d'une ensemble immobilier conçu sur le modèle de la cité-jardin et dont la protection au titre des monuments historiques contraint fortement les possibilités futures d'adaptation aux besoins d'un hôpital contemporain et fait peser sur l'établissement des charges d'entretien importantes.

17. Le Conseil encourage les établissements à **définir leur stratégie immobilière en identifiant les bénéfices futurs attendus des projets immobiliers envisagés et à comparer les coûts de ceux-ci avec des solutions alternatives, immobilières ou non**, permettant de répondre aux besoins du service public.

Sur la politique d'investissement immobilier

18. Le Conseil déplore **les nombreux dérapages en termes de programmation, de coûts, de délais des opérations immobilières de ces dernières années**, telle l'opération de l'Hôpital « Bocage central » de Dijon dont le coût se révèle plus de deux fois supérieur à l'estimation initiale du projet.

Il a observé au fil des auditions qu'il a conduites, que bon nombre de maîtres d'ouvrages publics connaissent, indépendamment du type d'ouvrage réalisé, des difficultés dans la conduite de leurs opérations immobilières.

Le Conseil note que le secteur hospitalier présente des caractéristiques particulières à prendre en considération pour identifier des pistes d'amélioration. Il constate que la difficulté principale des maîtres d'ouvrage d'opérations de constructions affectées aux soins, est de concilier le **temps du projet immobilier** dont la durée observée est en moyenne de 10 à 15 ans, avec celui les **cycles des mutations de l'activité hospitalière** qui oscille entre 4 et 5 ans. Plusieurs voies sont à explorer.

19. Le Conseil remarque que la gestion de l'investissement hospitalier par plans de relance nationaux produit successivement des phases de pénurie et de suractivité.

Les savoir-faire et les compétences s'érodent durant les périodes creuses. Pendant les pics d'activité, le volume d'affaires à traiter dépasse la capacité d'absorption des acteurs du secteur et augmente les risques de dérapages de chaque opération : la concurrence entre établissements peut conduire à une surenchère dans la programmation des projets ; les délais de traitement administratif augmentent et la qualité des contrôles souffre de la multiplication des dossiers ; les crédits sont plus difficiles à mobiliser et la gestion du risque de l'endettement est moins rigoureuse ; lorsque les carnets de commandes des quelques grandes entreprises en capacité de réaliser des projets hospitaliers significatifs sont pleins, l'attribution de nouveaux marchés s'effectue dans des conditions de mise en concurrence relatives et à des prix supérieurs aux valeurs moyennes observées ; il est difficile pour tous les établissements de disposer de compétences en maîtrise d'ouvrage, celles-ci existant en nombre restreint.

Le Conseil recommande d'éviter les coups d'accordéons dans le pilotage national de l'investissement hospitalier. Il relève que **l'enveloppe de 45 Mds€ annoncée** en mars 2013 devrait être lissée sur les dix prochaines années. Il invite les ministères en charge

de la santé et du budget à s'assurer de la bonne **répartition des opérations immobilières dans le temps.**

20. Le Conseil relève que le coût de nombre de projets immobiliers hospitaliers réalisés ces dernières années (par exemple, les opérations des CHU de Clermont-Ferrand et de Dijon) était initialement largement sous-estimé et qu'à l'inverse, les capacités opérationnelles se révèlent souvent sur-calibrées.

Il note que l'observatoire des coûts de la construction hospitalière développé depuis par l'ANAP doit permettre de mieux estimer les coûts des opérations des CHU. Il encourage à une mise à jour régulière du traitement statistique de ces données et à un parangonnage systématique lors de l'instruction de tout nouveau projet.

21. Le Conseil se demande si la dérive des coûts de certaines opérations hospitalières n'a pas été facilitée par une déconnexion progressive entre programme et budget immobilier dans le dialogue de gestion entre opérateur et tutelle.

S'agissant du suivi des opérations d'investissement à venir, il encourage la tutelle à s'assurer régulièrement de la persistance des caractéristiques essentielles de chaque projet et de l'intégration de la dimension temporelle des prix, pour l'établissement des budgets prévisionnels.

22. Le Conseil rappelle que **la qualité de l'estimation initiale du coût d'un projet immobilier est primordiale pour sa bonne réalisation.**

Il observe que le processus de validation et les conditions de financement des grands chantiers publics peuvent être à l'origine d'écarts entre estimation initiale et coût final de l'opération. Une fois le principe du projet validé, il est difficile pour un maître d'ouvrage public de renégocier le montant de l'enveloppe du projet. Cette étape franchie, la définition du besoin s'affinant, il n'est pas rare que celui-ci intègre des demandes complémentaires et qu'au final, le budget soit insuffisant au regard du programme fonctionnel sur la base duquel est lancé le concours de maîtrise d'œuvre. Or, les maîtres d'œuvre n'ont, à ce stade, aucun intérêt à dénoncer la sous-estimation de l'enveloppe financière s'ils souhaitent être retenus pour la réalisation de l'ouvrage —d'autant qu'ils auront la possibilité de renégocier l'adéquation du budget au programme jusqu'au stade de l'avant-projet détaillé à partir duquel ils seront engagés juridiquement sur le montant des travaux.

Le Conseil relève que le risque de tels dérapages est théoriquement moindre dans le cas de partenariats publics privés (PPP) dans la mesure où les contrats engagent les partenaires sur la chose et son prix et que les partenaires mettent à profit la phase de négociation précédant leur signature pour ajuster programme et enveloppe financière. Il observe cependant que le respect du coût du projet est alors conditionné par la non-modification du cahier des charges technique et fonctionnel du contrat, toute modification de programme donnant lieu à un avenant. Il prend note des difficultés rencontrées dans le cadre de l'opération immobilière du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF).

Le Conseil de l'immobilier de l'État n'a pas été à ce jour consulté sur les textes qui régissent la commande publique et l'immobilier. Pour autant, il appelle de ses vœux une relecture d'ensemble pour une meilleure prise en considération des contraintes opérationnelles et des coûts induits par leur application. Il propose notamment que soient

étudiées, dans le cadre de la politique de modernisation de l'action publique, des **mesures de simplification de 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).

23. Le Conseil observe que la sécurisation des procédures administratives se traduit parfois par un allongement des délais dans le processus de décision. Il ajoute qu'une procédure longue, non seulement pénalise financièrement les établissements mais peut aussi menacer la réalisation des projets immobiliers du fait d'une obsolescence prématurée au regard des progrès scientifiques. Dans un contexte très concurrentiel, cette lenteur administrative nuit à l'hôpital public.

Le Conseil invite donc les tutelles à tout mettre en œuvre pour **raccourcir ces délais afin de rétablir un équilibre entre la nécessité d'action et le besoin de contrôle.**

Il propose que soit engagée une réflexion sur les modalités d'un dialogue fluide entre opérateurs et tutelles fondé sur une autonomie locale essentielle au bon pilotage de toute opération immobilière et intégrant points d'agrément et de contrôle des tutelles (au plan national ou déconcentré).

Il recommande de fixer un cadre contractuel commun aux acteurs publics du projet pour toute opération significative et invite ceux-ci à en respecter les clauses. Il précise que ce contrat n'a pas vocation à produire une charge administrative supplémentaire, que sa rédaction doit être simple et qu'il doit en être fait un bon usage, les parties demeurant liées par une obligation commune d'efficacité du service public.

24. Le Conseil salue les **améliorations apportées à l'instruction des dossiers d'investissements immobiliers** par la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

Il remarque la qualité des travaux préalables relatifs à la formalisation des processus d'évaluation des investissements hospitaliers au regard du cycle d'un projet, effectués sous l'égide du Commissariat général à l'investissement (CGI). Il invite le service France Domaine à se rapprocher du CGI pour procéder de même pour les projets d'investissements immobiliers de l'État.

25. Le Conseil souligne que **l'évaluation socioéconomique est un outil d'aide à la décision indispensable aux décideurs publics qui portent la responsabilité de rationaliser les dépenses publiques.** L'identification et la valorisation des coûts et des avantages que peuvent induire les investissements publics, permet d'opérer des choix au meilleur des intérêts de la société dans son ensemble.

Le Conseil note que la notion de rentabilité de l'investissement intègre les aspects financiers, les préoccupations relatives à l'environnement, au bien-être et à la soutenabilité, qui sont également les principaux objectifs de la Politique immobilière de l'État.

Il prend acte que l'instauration d'une procédure de contre-expertise des dossiers d'investissements doit permettre une plus grande sélectivité des opérations à financer et d'identifier systématiquement les risques et les gains des projets, de les qualifier et de les quantifier. S'agissant d'investissements immobiliers, le Conseil recommande de s'appuyer sur des professionnels du secteur pour mettre en place les modèles de calcul

et choisir les valeurs de référence. Il invite l'État à procéder régulièrement à une révision du taux d'actualisation sans risque pour le rendre compatible avec les valeurs du marché.

26. Le Conseil approuve le choix du ministère en charge de la santé de constituer pour chaque contre-expertise de dossier, un groupe pluridisciplinaire d'experts, généralement un trio d'experts en offre de soin, immobilier et finances, recrutés parmi des personnes en responsabilité dans d'autres hôpitaux et disposant des outils de l'ANAP.

Il note que les premiers retours d'expériences acteurs mettent en évidence une amélioration de la qualité des dossiers présentés depuis l'adoption de la circulaire COPERMO et l'éclaircissement des rôles respectifs de l'établissement et de l'ARS.

Il souligne l'intérêt de l'initiative du CGI visant à organiser des ateliers regroupant les acteurs de ces contre-expertises pour partager leurs expériences, en tirer des recommandations et faciliter la diffusion des meilleures pratiques

Le Conseil prend acte que le CGI estime que les dossiers présentés relèvent plus d'une simple appréciation multicritères que d'une véritable évaluation socio-économique des projets. Il encourage le CGI à animer une réflexion méthodologique commune pour une meilleure application de la procédure.

Le Conseil appelle à la vigilance des services du Premier ministre, des ministères en charge du budget et de la santé et du CGI pour que pratiques et procédures d'arbitrage se rejoignent et les invite, le cas échéant à procéder aux ajustements nécessaires.

27. Le Conseil observe que ***le recours massif à l'emprunt de ces dernières années pour financer d'importants investissements des CHRU a pour conséquence un fort niveau d'endettement et une moindre capacité à financer leurs besoins d'investissements futurs.***

Le Conseil approuve le principe de conditionner les aides à l'investissement hospitalier à une optimisation de la capacité, à des réductions de surface et à des gains de productivité, tel que recommandé par la Cour des Comptes.

Il attire cependant l'attention sur les difficultés que pourraient connaître les établissements pour financer des opérations à venir qui ne permettent pas nécessairement de gains de productivité tels que les travaux de mise en conformité de sécurité, d'accessibilité et d'amélioration de la performance énergétique en application des lois Grenelle I et II.

Il remarque que la valorisation du patrimoine inutile ou non affecté aux soins peut contribuer à l'équilibre financier de nouvelles opérations immobilières.

Il note que les aides publiques demeurent indispensables au financement des investissements hospitaliers en raison notamment de la non intégration du coût global de l'immobilier dans les tarifs des prestations.

Le Conseil observe que la question de ***la valorisation du composant immobilier dans le coût de chaque prestation nécessite préalablement un travail d'identification.*** Il invite l'ANAP à lancer une expérimentation avec des établissements volontaires. Ces travaux qui seraient de nature à responsabiliser localement les acteurs sur le coût de mobilisation des m², pourraient utilement nourrir la réflexion des décideurs publics en charge du financement du système de santé.

Dans cette perspective, le Conseil souligne l'intérêt de l'expérience de l'AP-HM qui a saisi l'opportunité des informations produites dans le cadre du partenariat public privé relatif à sa nouvelle plateforme logistique pour en identifier le coût global d'exploitation et le diffuser en interne à des fins pédagogiques et de comptabilité analytique.

Sur la conception des ouvrages

28. Le Conseil souhaite attirer l'attention des décideurs publics sur l'importance du choix du projet architectural et de son maître d'œuvre pour la réussite d'un projet hospitalier. Il observe que les règles de constitution d'un jury n'aboutissent pas nécessairement à donner la majorité des voix aux futurs utilisateurs des locaux et qu'il importe de faire de la fonctionnalité un critère de choix déterminant du projet de façon à éviter le risque d'un geste architectural a priori séduisant mais inadapté et onéreux.
29. Le Conseil recommande ***une approche élargie des projets immobiliers significatifs intégrant la prise en compte de l'activité future des occupants des locaux***. Il souligne qu'une bonne adéquation de l'outil à l'activité exercée facilite l'acceptation des multiples changements d'une opération immobilière hospitalière.⁷

Le Conseil note que l'ANAP a publié un guide méthodologique pour « Anticiper la mise en service d'un bâtiment » dont les fiches pratiques permettent de situer chaque enjeu particulier dans une perspective d'ensemble.

En amont du projet, il invite à identifier les différentes évolutions envisagées et à ***élaborer les différents scénarii probables avec l'ensemble des acteurs concernés***. Conduite avec l'assistance de professionnels tels que des ergonomes, cette approche est un outil d'aide à la définition des programmes fonctionnels d'immeubles hébergeant des activités complexes.

En cours de projet, le Conseil recommande de mettre en place des groupes projet au sein desquels, sur la base de supports de communication adaptés à chacun des stades d'avancement du projet, un travail de communication doit faciliter la convergence des représentations de chacun des acteurs du projet et identifier les améliorations à y apporter.

Soulignant ***la prépondérance de la phase d'appropriation pour le déploiement de nouvelles organisations ou de nouveaux outils de travail***, le Conseil suggère de maintenir les structures de suivi mises en place pour la conception et la réalisation des projets de construction au-delà de la livraison des immeubles et de l'installation des services. Il recommande d'opérer un bilan à chacune des étapes décisives et de conserver un fonctionnement en mode projet pour réaliser les ajustements respectifs des aménagements et des organisations, roder les installations techniques et mettre en place l'ensemble des procédures et moyens nécessaires à une exploitation optimale des immeubles et de leurs installations techniques.

⁷ Le Conseil relève les difficultés rencontrées à l'ouverture du nouvel hôpital Pierre-Paul Riquet de Toulouse en juin 2014, l'activité du personnel dans le nouveau bâtiment impliquant notamment de nombreux déplacements (jusqu'à 10km mesurés par jour).

Sur la conduite des opérations immobilières

30. Le Conseil constate les **difficultés des CHRU dans la programmation de leurs projets immobiliers**. Il relève de nombreux cas de surdimensionnement des installations ou de dérives des programmes dans le temps.

Il comprend que la réalisation de constructions hospitalières relève d'un processus d'élaboration particulièrement long et que la définition du programme fonctionnel d'un ensemble hospitalier résulte de travaux préalables d'identification des besoins de santé du territoire concerné et de perspectives intégrant les nombreuses évolutions du domaine.

Il souligne que **la qualité de la conception d'un ouvrage engage pour longtemps** et que le travail de programmation des opérations immobilières est prépondérant. Il rappelle que celui-ci vise à optimiser l'adéquation de l'objet construit (ou à construire) au besoin exprimé, le niveau de détail de son expression allant croissant à mesure de l'avancement du projet. Il invite les maîtres d'ouvrages à s'assurer du bon niveau d'investissement dans ce domaine en comparant, la part des études initiales de conception dans le coût global d'un immeuble, au poids des décisions prises lors des phases de conception sur le fonctionnement futur des services et le coût d'exploitation de l'immeuble.

Il relève le déploiement récent par l'ANAP de l'outil AEIipce qui, à partir de données d'activités, permet de simuler l'évolution d'un établissement en termes de capacité en lits et places, en termes de maquettes soignantes, en termes de surfaces et de coûts d'entretien, l'ensemble des items étant liés.

S'agissant d'ouvrages hospitaliers, le Conseil note que **le renouvellement très régulier des techniques scientifiques impose des impératifs de modularité et flexibilité des bâtiments**. Dans ces conditions, le travail de programmation ne peut être réduit à la rédaction d'un cahier des charges fonctionnel du marché de maîtrise d'œuvre, élaboré sur la base de l'organisation des services plusieurs années avant la livraison des locaux.

Pour autant, il rappelle que la phase de chantier ne constitue pas la meilleure période pour procéder à une extension d'un programme immobilier.

Le Conseil recommande donc un suivi régulier permettant d'assurer l'adéquation du projet immobilier à l'évolution des besoins de l'activité hospitalière. Il souhaite que l'ANAP travaille à **la formalisation d'un dispositif de veille** détaillant pour chacune des étapes clés d'une opération et selon sa nature, les éléments à prendre en considération, **la portée des décisions prises et les mécanismes permettant un ajustement** de la réalisation au meilleur coût. Dans cette perspective, il estime que le marché à tranches conditionnelles peut être un outil précieux.

Dans cette perspective, le Conseil souligne l'intérêt de la démarche conjointe du CHU de Nantes et de l'ARS Pays-de-Loire qui ont conduit des travaux prospectifs portant sur les besoins de santé du territoire et les évolutions possibles de l'offre de soins et qui, mesurant les limites de ces projections, ont intégré dans le cahier des charges fonctionnel du projet, des mesures conservatoires permettant la transformation des locaux jusque dans leur propriété. Le Conseil souhaite que pendant les phases de conception, réalisation et d'exploitation de l'immeuble, l'ANAP accompagne le CHU de

Nantes dans la concrétisation de ces dispositions expérimentales et que l'agence produise un rapport de retour d'expérience à l'issue de chacune des étapes clé du projet.

31. Le Conseil observe par ailleurs que l'évolution rapide de l'environnement hospitalier est un critère déterminant dont il doit être tenu compte avant d'envisager la réalisation d'un ouvrage affecté aux soins dans le cadre d'un contrat de partenariat public privé.
32. Le Conseil estime que **la maîtrise insuffisante des aspects fondamentaux de la conduite de projet a largement participé à la dérive des coûts, au dépassement des délais des opérations ainsi qu'à l'inadaptation des ouvrages réalisés** aux besoins des établissements. Il souligne les spécificités du domaine de l'immobilier hospitalier et la très grande technicité des opérations à conduire. Il appelle à **une professionnalisation de la maîtrise d'ouvrage hospitalière**.
33. Le Conseil observe que les opérations immobilières représenteront une grande part des 45 Mds€ des investissements projetés pour les dix prochaines années et qu'elles conditionnent largement le coût et la qualité de l'offre de soins future.

Le Conseil considère que ces enjeux justifient la création d'une structure ad hoc. Il préconise **la création d'une structure de maîtrise d'ouvrage publique entièrement dédiée au secteur hospitalier**, sur le modèle de l'agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ).

Le Conseil souligne **le remarquable programme d'actions développé par l'ANAP** pour accompagner les maîtres d'ouvrages hospitaliers dans leurs opérations. Il note en particulier que le partage des connaissances et l'utilisation d'outils communs a constitué un vecteur de progrès pour les constructions neuves ou les rénovations importantes. Il s'interroge toutefois sur la compatibilité d'une activité de maître d'ouvrage délégué avec le positionnement de l'agence.

Il observe la répartition inégale des compétences en maîtrise d'ouvrage sur le territoire. Il estime que la mutualisation de celles-ci doit permettre un accompagnement adapté de tous les établissements confrontés à la réalisation d'opérations immobilières.

Il relève les difficultés du dialogue entre ministère, ARS et établissements liées à l'asymétrie des rôles et compétences de chacun dans le domaine immobilier. Il estime que la qualité de celui-ci pourrait être améliorée par l'existence d'une structure de conseil spécialisée indépendante.

Le Conseil souligne également que les grandes opérations de construction conduites par une maîtrise d'ouvrage publique souffrent du caractère itératif du processus de conception induit par l'introduction de modifications de programme en cours d'opération. Les études complémentaires requièrent l'affectation de nouveaux crédits, dont l'obtention demande également du temps. La gestion d'une opération mal engagée s'apparente à un cercle vicieux où les démarches entreprises suscitent de nouvelles difficultés. La contractualisation formelle de la délégation de maîtrise d'ouvrage telle que pratiquée par l'APIJ, est un moyen de maîtriser ces dérives.

34. Le Conseil, relevant que les dérives de coût des opérations de Dijon et de Clermont-Ferrand sont en partie imputables aux conditions de passation des marchés de travaux, invite la tutelle des établissements hospitaliers à s'assurer du respect des principes

fondamentaux de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures pour la passation de marchés de travaux.

Il suggère de développer, avec le concours de l'ANAP, des actions de professionnalisation auprès des équipes locales en charge des procédures de marchés et de la négociation de tels contrats.

Sur l'organisation de la fonction immobilière

35. Le Conseil rappelle qu'une politique immobilière clairement identifiée est un enjeu stratégique pour le bon fonctionnement de l'hôpital autant que pour des considérations financières et qu'il est nécessaire de décliner chaque stratégie en objectifs précis et de structurer les services en charge de sa mise en œuvre au sein de chaque CHRU.

36. Le Conseil note que l'expertise en gestion immobilière entre dans le vaste champ des compétences du **corps des ingénieurs hospitaliers**⁸ ; que les centres hospitaliers régionaux peuvent disposer d'un ou plusieurs emplois d'ingénieur général hospitalier qui sont chargés de la coordination et du contrôle des services techniques de l'établissement ; que cette responsabilité échoit dans les autres types d'établissements à l'un des ingénieurs du grade le plus élevé.

Il souligne les exigences croissantes de ce domaine d'activité notamment du fait de son rôle crucial dans la sécurisation des différentes ressources dont la vie des patients peut dépendre, de la multiplication des normes et des évolutions techniques, et des obligations de plus en plus prégnantes de maîtrise des coûts.

Il relève que les compétences de ce corps constituent un atout important pour la professionnalisation de la fonction immobilière hospitalière. Il invite la tutelle à en dresser un état des lieux détaillé par métier, et, avec le soutien de l'ANAP, à **cultiver une dynamique de réseau** susceptible d'en développer l'expertise et d'en faire bénéficier le plus grand nombre.

37. Le Conseil constate que l'organisation de la fonction immobilière au sein des CHRU ne répond pas à un modèle particulier, qu'elle dépend de la taille des établissements et de leur histoire particulière.

Il approuve, la professionnalisation de la fonction immobilière initiée au sein des grandes structures et notamment l'organisation de la gestion immobilière par métiers en fonction des outils et des compétences requises, telle que mise en place par les HCL.

S'agissant du choix d'internalisation d'une partie de la maîtrise d'œuvre, le Conseil appelle à procéder à une estimation du calibrage adapté des équipes de maîtrise

⁸ Décret n°91-868 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière : « Les ingénieurs hospitaliers exercent leurs fonctions selon leur spécialité dans les domaines de l'ingénierie, de l'architecture, de l'appareillage biomédical, de l'informatique ou dans tout autre domaine à caractère technique et scientifique entrant dans les missions des établissements » publics de santé. « Dans les domaines de leur compétence, ils coordonnent les activités qui concourent à la réalisation des objectifs arrêtés par le directeur de l'établissement. A ce titre, ils réalisent les études préalables et mettent au point les projets, élaborent et gèrent les programmes dont ils conduisent la réalisation, participent au choix, à l'installation et à la mise en œuvre des équipements, assurent la maintenance des matériels et l'entretien des bâtiments. Ils conseillent les agents qui utilisent les matériels et équipements, y compris médicaux.»

d'œuvre interne au regard des avantages escompté et du volume d'opérations envisageable.

Le Conseil encourage les établissements à ***poursuivre leur travaux d'organisation de la fonction immobilière en s'appuyant sur des actions de coopération avec les autres acteurs de la gestion immobilière hospitalière française et européenne***, notamment dans la perspective du développement de référentiels et d'outils de comparaison des performances.

Sur la politique d'entretien

38. Le Conseil a souligné (Cf. point n° 15) que la politique d'entretien est une composante essentielle de la stratégie immobilière et que chaque établissement doit se doter de moyens adaptés pour maintenir le niveau d'entretien requis pour la bonne marche de l'établissement et la préservation de la valeur du patrimoine.

Il relève l'intérêt de l'outil « Horizons maintenance » mis à disposition des établissements en 2009 qui constitue une première approche des processus de maintenance préventive. Il souligne la qualité du recensement des meilleures pratiques publié par l'ANAP en 2012 qui vise à optimiser l'« organisation de la maintenance dans les hôpitaux et cliniques », par l'illustration d'actions pragmatiques et structurées.

Il approuve la démarche commune des CHRU qui ont participé à l'enquête sur les coûts d'exploitation des hôpitaux conduite dans le cadre de la Conférence des directeurs généraux de CHRU.

Il salue les moyens déployés par le CHU de Bordeaux qui permettent d'assurer un suivi sérieux de l'état du patrimoine et de planifier les travaux de modernisation et d'entretien dans un contexte budgétaire et financier maîtrisé.

Il relève les efforts déployés par d'autres établissements pour définir une politique de maintenance mais regrette que ces objectifs soient revus à la baisse, faute de ressources suffisantes, celles disponibles étant souvent affectées prioritairement au financement d'opérations de travaux neufs.

Il souligne que les mutations en cours du patrimoine immobilier affecté aux soins modifient en profondeur les tâches et les coûts de son exploitation. Il regrette que cet aspect du coût immobilier semble négligé lors du montage de nouvelles opérations immobilières et ***invite l'ensemble des acteurs de la production d'immobilier hospitalier à appréhender leur coût de manière globale, en intégrant notamment les dépenses d'exploitation des immeubles et équipements***. Il recommande que l'ANAP accompagne à titre expérimental, le CHU de Nantes dans une approche par coût global de son projet de nouvel hôpital.

Le Conseil engage tous les CHRU à développer un plan d'exploitation de leurs immeubles de façon à assurer la conformité réglementaire, la maîtrise des risques, la pérennité des composants du bâti et la fiabilité des installations techniques tout en maîtrisant les coûts d'exploitation et les consommations d'énergies et de fluides.

Il les invite à développer ensemble un référentiel d'indicateurs des coûts d'exploitation des immeubles du secteur hospitalier en s'appropriant les nouveaux outils (Ælipce) développés par l'ANAP.

39. Il prend acte que l'entretien des immeubles s'inscrit dans le cadre d'une politique globale de service à destination des professionnels et des patients. Il note l'importance des outils pour la mise en œuvre d'un plan global d'exploitation et la nécessité d'interfacer le logiciel de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) avec d'autres logiciels existants de l'hôpital. Il propose que soit menée une action nationale de développement des outils de gestion de maintenance hospitalière dans le cadre du plan d'investissement informatique hospitalier et recommande que l'ANAP soit chargée de son pilotage.

Sur le développement durable

40. Le Conseil considère que le développement durable est un axe majeur d'amélioration et que l'hôpital devrait être particulièrement concerné par les progrès à réaliser dans ce domaine.

Il observe que **les hôpitaux sont, par la nature des équipements nécessaires à leur activité, de très gros consommateurs d'énergie**. A titre d'illustration, le travail d'analyse des consommations énergétiques des établissements de santé franciliens conduit par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) en 2008 concluait à une très grande hétérogénéité. Il estimait à 270 kWh / m² / an, le niveau moyen de consommation d'énergie pour les plus grands établissements, le chauffage des établissements représentant 60 % de ce chiffre, les consommations d'électricité des établissements correspondant essentiellement aux besoins des gros équipements.

Il note que les coûts énergétiques pèsent de plus en plus sur les budgets des hôpitaux du fait de l'augmentation combinée des prix, de l'activité et des évolutions technologiques et que les projets immobiliers intègrent désormais des obligations de performance énergétique.

Le Conseil salue les démarches des CHRU de Lille et de Bordeaux en matière de consommation énergétique ainsi que le travail de sensibilisation engagé par l'ANAP avec notamment la production d'un guide sur les cahiers des charges de conception-réalisation.

Le Conseil observe également que la Conférence des directeurs généraux de CHRU publie sur son site internet de multiples exemples d'actions développées par ses membres pour améliorer leur bilan carbone en optimisant notamment leur consommation énergétique, leur gestion des déchets et de l'eau. Il relève, par exemple, que le raccordement du CHRU de Dijon au réseau de chaleur urbain de l'agglomération doit conduire à une diminution annuelle de 7 100 tonnes du rejet en CO₂ et une économie de 0,4 M€.

Rappelant que **les établissements hospitaliers sont concernés par les obligations de réduction de consommation fixées à horizon 2020 par les lois Grenelle I et II**, il invite les CHRU à intégrer dans leur réflexion se conformer aux obligations légales,

l'ensemble des leviers mobilisables y compris ceux ne nécessitant pas de lourds investissements tels que **la sensibilisation des usagers des immeubles, la maîtrise des températures de chauffage et de refroidissement ou l'optimisation des surfaces occupées.**

Sur la maîtrise de l'environnement réglementaire

41. Lois, décrets, directives, circulaires, notes d'application, chartes, règlements...en matière d'immobilier, la pluralité des règles est la norme. **L'environnement complexe et hautement technique d'un hôpital n'échappe pas à l'inflation législative, à l'empilement des normes et à la surabondance des réglementations.**

Le Conseil observe que la démarche qualité que chaque établissement bénéficiant de financements publics se doit de mettre en place implique aussi le respect de normes en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel.

Le nombre important d'établissements concernés par des problématiques de mise aux normes atteste de leurs difficultés à assumer ces contraintes normatives. Le Conseil souligne par exemple que 16 % des bâtiments hospitaliers des CHU ont reçu un avis défavorable d'exploitation par la commission sécurité-incendie⁹ et qu'ils continuent à fonctionner moyennant la mise en œuvre de mesures compensatoires plus ou moins onéreuses.

Le Conseil note que **l'inflation normative contribue à augmenter les coûts immobiliers** par l'expansion des besoins en surface et la création de nouvelles obligations de maintenance. Il suggère de confier à l'ANAP une étude pour en mesurer l'impact financier à chacune des phases de la vie d'un immeuble hospitalier : conception, construction, exploitation, restructuration, désarmement, transformation, destruction.

Il souhaite attirer l'attention des responsables d'établissements sur un phénomène parfois observé de surinterprétation des normes du fait d'une mauvaise appréhension de la règle, de son application ou des risques associés.

Le Conseil encourage la tutelle à mettre en place **un dispositif national de veille normative** associant activement les responsables immobiliers des établissements de santé afin de mieux anticiper, voire de prévenir en participant activement au processus d'élaboration des normes, les conséquences des nouvelles obligations pour les établissements hospitaliers.

Il soutient la recommandation de la Cour des comptes visant à mutualiser les expertises hospitalières en matière de normes et suggère que la structure de maîtrise d'ouvrage dont il propose la création (point 33) soit en charge de cette veille technologique.

⁹ Enquête de la Cour des comptes relative à la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU) affecté aux soins – juin 2013.

Sur la politique de logement du personnel

42. Le Conseil relève que le logement de personnel en fonction de contraintes statutaires (nécessité de service et utilité de service) se double d'**une politique de logement en faveur du personnel sur critères socio-professionnels qui ne s'inscrit pas dans le cadre du nouveau régime des logements de fonction de l'État**¹⁰.

Il prend acte que cette politique est particulièrement développée dans les plus grands centres hospitalo-universitaires disposant, pour des raisons historiques, d'un important patrimoine privé ; que cet usage est un pilier de la politique de ressources humaines de ces établissements qui peinent à recruter des professionnels de santé dans certains domaines (infirmières) ou à des niveaux de rémunération compatibles avec les prix locaux du marché du logement. Cependant le Conseil s'étonne que des directeurs bénéficient, sans justifications sociales, de logements à prix avantageux.

Le Conseil encourage les établissements à **limiter les aides au logement des personnels hospitaliers en définissant précisément les critères d'attribution**. S'agissant de loyers préférentiels pratiqués au regard de la qualité du locataire, le conseil recommande **la transparence** et suggère de faire apparaître en tant que telles les aides accordées au personnel dans la comptabilité de l'établissement.

43. Le Conseil prend acte que la fin des situations d'occupation du parc de logement hospitalier par des personnes extérieures à l'hôpital se heurte à des difficultés juridiques et que les clauses des contrats actuelles ne permettent pas de garantir la libération du logement après le départ d'un employé.

Il s'interroge sur **le coût réel de cette politique**. Il observe que la gestion du parc de logement n'est pas optimale et appelle chaque établissement à **réaliser un état des lieux de sa gestion du parc en rétablissant les valeurs de marché des actifs et des loyers, et en y intégrant l'ensemble des coûts de gestion interne**.

Ce travail doit conduire chaque établissement à s'interroger sur la pertinence du maintien du dispositif au regard d'alternatives permettant d'atteindre l'objectif recherché en optimisant l'usage des ressources de l'hôpital.

Le Conseil encourage les établissements à envisager comme y travaille l'AP-HM, **le transfert de leur parc de logements à des organismes sociaux**.

Sur la valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles

44. Le Conseil note le grand nombre d'établissements concernés par la problématique de valorisation de biens inutiles à l'activité hospitalière.

Il salue les progrès accomplis par les établissements qui, prenant conscience de l'importance de ses enjeux financiers, ont mis en œuvre des programmes de cession qui ont contribué au financement de leurs investissements voire au redressement de leurs

¹⁰ Décret n° 2012-752 du 9 mai 2012 portant réforme du régime des concessions de logement ; Arrêté du 22 janvier 2013 relatif aux concessions de logement accordées par nécessité absolue de service et aux conventions d'occupation précaire avec astreinte pris pour l'application des articles R. 2124-72 et R. 4121-3-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

finances. Il encourage **le développement d'une politique active de valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles** notamment par le développement de projets mixtes et la mise en valeur des possibilités de construire.

Le Conseil prend acte des difficultés rencontrées par certains CHRU dans la valorisation des biens devenus inutiles. Il observe qu'il s'agit d'un exercice difficile pour un établissement pour qui les transactions immobilières ne constituent pas le cœur de métier. Il invite les établissements à se rapprocher de l'ANAP qui vient de publier un **guide méthodologique** destiné à l'ensemble des établissements souhaitant mener une étude de reconversion de leur patrimoine. Il relève l'investissement de l'ANAP qui, dans le cadre d'un appel à projets, accompagne également une vingtaine d'établissements dans la cession d'actifs immobiliers.

Le Conseil encourage les services à poursuivre leurs actions de professionnalisation notamment en veillant à la bonne évaluation de leurs actifs en recourant aux services d'experts en complément des estimations du service France Domaine. Il souligne que **la connaissance précise des actifs est un préalable à la certification des comptes des établissements de santé**¹¹.

Il rappelle que **la valorisation peut prendre d'autres formes que la cession**, notamment lorsque le bien est à proximité d'un établissement hospitalier en activité. La mise à disposition de biens existants à des partenaires dont l'offre de service est un complément de l'activité hospitalière peut, par exemple, s'envisager dans le cadre de d'une autorisation d'occupation temporaire (AOT), d'un bail emphytéotique administratif (BEA) d'un bail à construction.

Il invite chaque établissement à actualiser régulièrement l'inventaire de son patrimoine et à **se faire accompagner de professionnels pour réaliser les études visant à identifier les potentialités de reconversion des anciens sites** et conduire les différentes actions se concluant par la signature d'un protocole de cession ou de mise à bail auprès d'opérateurs économiques.

45. Le Conseil observe que **le rôle des collectivités territoriales est déterminant** dans la réalisation d'opérations de cession immobilières complexes telles que celles relatives aux emprises historiques des hôpitaux.

Il recommande aux responsables d'établissements concernés, d'entreprendre des démarches auprès des collectivités locales préalablement au lancement de toute procédure et de les associer au projet tout au long de l'opération de reconversion.

Pour autant, s'agissant d'opérations d'urbanisme où les projets hospitaliers jouent un rôle majeur, le Conseil appelle à veiller à ce que les ressources de la Sécurité sociale dont ce n'est pas l'objet, ne soient pas mobilisées pour financer les projets urbains des collectivités. Il souligne que le développement de bonnes relations avec les collectivités locales n'exclut pas de **solliciter en tant que de besoin, des experts en valorisation et**

¹¹ L'article 17 de la loi HPST a inscrit dans le code de la santé publique (article L. 6145-16) le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé. Le II de cet article 17 prévoit l'entrée en vigueur de la certification des comptes au plus tard sur les comptes de l'exercice 2014 pour les établissements concernés. Le bon déroulement de cette certification est conditionné par la fiabilisation préalable des comptes, objectif prioritaire qui concerne tous les établissements publics de santé.

en négociation pour garantir la conclusion de chaque vente aux meilleures conditions.

Le Conseil invite la tutelle à soutenir les établissements dans cette démarche. Il suggère également que le service France-Domaine soit dans le cas de dossiers complexes, étroitement associé à ces travaux.

46. Le Conseil relève **la complexité des relations des CHRU avec les collectivités locales**. Leurs points de vue et intérêts peuvent diverger à l'occasion d'une opération de valorisation d'un site hospitalier.

Le maire de la commune où est situé le siège de l'établissement principal est membre (souvent président) du conseil de surveillance de l'hôpital.

Les établissements représentent un enjeu stratégique en termes d'emplois locaux, d'activités et économique et de politique sociale.

La libération d'un site hospitalier est, par sa taille (il s'agit souvent de biens exceptionnels), la qualité son emplacement (fréquemment au cœur des villes) et l'importance culturelle et historique de son patrimoine (immeubles classés), un sujet d'aménagement prioritaire pour l'élu local. Pour les opérations les plus importantes, il s'agit, ni plus ni moins, que de reconstruire un morceau de ville.

Le Conseil recommande la signature d'un protocole d'accord permettant à ces sites de s'inscrire dans un projet de reconversion qui concilie enjeux architecturaux, historiques, urbains et contraintes financières qui s'imposent au CHRU.

Le Conseil constate cependant qu'en matière d'immobilier, **le rapport de forces est déséquilibré entre les parties**. Il regrette certaines décisions d'urbanisme prises par les collectivités locales sans concertation apparente avec l'État ou l'opérateur concerné alors même que celles-ci peuvent mettre en danger la réalisation d'un projet immobilier et contribuer à dégrader la situation financière d'un établissement par la réduction potentielle du produit de cession mais également par un surcoût de fonctionnement substantiel.

Il appelle les acteurs publics locaux à mesurer leurs responsabilités à cet égard et souligne que **toute décision de modification de la règle d'urbanisme affectant la valeur d'un bien dont la cession répond à un objectif d'intérêt général devrait faire l'objet d'une étroite concertation voire d'une étude d'impact** permettant de hiérarchiser les intérêts publics en présence. Cette démarche devrait être conduite sous l'égide du Préfet, par ailleurs responsable, dans l'organisation actuelle, de la défense des intérêts de l'État propriétaire. Dans le respect de l'autonomie des collectivités et établissements, elle devrait tendre à garantir que les responsables des politiques publiques arbitrent en toute connaissance des conséquences de leurs décisions.

47. Le Conseil prend acte **des craintes des établissements quant aux risques que leur intégration dans le périmètre de la loi relative à la mobilisation du foncier public** en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social pourrait faire peser sur leur capacité d'action.

Le Conseil note les multiples actions entreprises. Il appelle à la prise en considération de la contribution globale des opérateurs aux objectifs de la loi pour son éventuelle application au périmètre hospitalier.

Sur la gestion du patrimoine non affecté aux soins

48. Au regard des éléments portés à sa connaissance, **le Conseil, est très réservé quant à la pertinence du maintien au sein des CHRU, d'une activité de gestion du patrimoine non affecté aux soins.**

Les résultats de l'exploitation (gestion courante, hors cessions) de l'ensemble du patrimoine non affecté est en moyenne de 25 M€ sur la période 2002-2010. Le Conseil constate que cette ressource est peu importante (0,1%) au regard du budget global des CHRU.

Il remarque que le développement d'une politique de valorisation permettrait de financer une partie des besoins en investissement.

Le Conseil observe que la plupart des CHRU disposent d'un budget de dotation non affectée mais que peu d'entre eux sont dotés d'un patrimoine privé significatif.

Il note les efforts réalisés par ces derniers établissements pour professionnaliser la gestion de ce patrimoine issu de dons et legs, mais constate que **les performances enregistrées, lorsqu'elles sont connues, sont très éloignées de celles de foncières disposant de portefeuilles d'actifs comparables.**

Il remarque que les produits de cession de ces actifs demeurent en général d'un montant limité (moyenne globale annuelle entre 2002 et 2010 de 57 M€ de produit net de cession, hors anciens sites hospitaliers désaffectés). Il prend acte que le statut juridique de certains biens (clauses particulières des dons et legs, baux emphytéotiques, monuments historiques) ne facilite pas leur cession.

Il recommande aux gestionnaires d'actifs d'affiner la segmentation de leur portefeuille au regard des critères de valorisation et de rentabilité de façon à opérer des arbitrages.

Pour les patrimoines conséquents, il invite établissements et tutelles à réfléchir à la création d'une société foncière pour le gérer et notamment aux dispositions juridiques à mettre en œuvre pour la rendre possible.

Sur le rôle des différents acteurs

49. Le Conseil souligne **le rôle essentiel du ministère en charge de la santé** auquel il appartient d'arrêter les orientations d'**une politique immobilière nationale** au service de la politique de santé.

Il estime que le ministère dispose, avec **l'ANAP**, d'un **support précieux** pour définir, diffuser et mettre en œuvre cette politique. Il salue le travail remarquable de l'équipe constituée d'une demi-douzaine de personnes qui est en charge du programme « optimisation de la gestion patrimoniale ».

Le Conseil constate que l'investissement des ARS sur les sujets immobiliers est très variable. Si la qualité de leurs interventions dépend des compétences et expertises mobilisables au sein de chaque structure locale, le Conseil relève que la nature de la relation avec l'opérateur apparaît déterminante. Le Conseil estime que **l'accroissement de l'expertise de chaque ARS est indispensable** au rééquilibrage du dialogue avec les

établissements et leur permettre de jouer pleinement leur rôle de régulateur de l'offre de soin sur le territoire.

Considérant les limites de petites cellules immobilières (un ou deux agents) isolées au sein de chaque structure, il recommande de **mutualiser les compétences** au sein d'une structure nationale de conseil qui pourrait être également l'agence immobilière des établissements de santé dont il propose également la création sur le modèle de l'APIJ.

Le Conseil salue **les apports du Commissariat général à l'investissement** (CGI) dans la mise en place du processus d'évaluation des investissements hospitaliers développé par le COPERMO. Il partage avec la Cour des comptes l'idée qu'une coordination étroite entre le commissariat général à l'investissement, le COPERMO et les ARS, tous chargés à titres divers d'évaluer et d'expertiser les projets d'investissements hospitaliers, constitue un enjeu majeur pour la réussite des plans d'investissement hospitaliers. Notant le passage du CGI sous la tutelle du ministère de l'Economie, il souhaite que ce nouveau positionnement demeure sans effet sur la transparence de l'instruction des dossiers, le caractère interministériel de l'examen des projets et la rigueur du processus de décision.

Le Conseil appelle à **une plus grande implication du service France Domaine** dans la gestion des opérations immobilières des établissements de santé et notamment dans le cadre des opérations de valorisation. Il appelle le service à se rapprocher de l'ANAP pour étudier les conditions du renforcement de ses interventions. Il suggère également que ces deux structures mettent à profit leurs échanges pour enrichir chacun leurs outils de gestion immobilière.

50. S'agissant de son propre rôle dans le suivi de la mise en œuvre de la politique immobilière des établissements de santé, le Conseil propose de procéder, comme il l'effectue pour les bâtiments de l'État à l'étranger avec la commission interministérielle de l'immobilier à l'étranger (CIME), à **une audition annuelle de la DGOS** au cours de laquelle lui serait présenté l'état d'avancement de la mise en œuvre de cette politique immobilière.

Le Conseil pourra également être saisi pour avis, par le ministre chargé du domaine, des projets immobiliers hospitaliers importants pour vérifier leur conformité aux orientations stratégiques de la politique immobilière de l'État.

Il souhaite, comme suggéré par les représentants du ministère en charge de la santé, que lui soient communiqués les travaux du COPERMO de façon à bien articuler les siens avec ceux-ci.

Pour le Conseil,
son Président



Jean-Louis DUMONT

ANNEXE**Table des sigles**

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

AOT : Autorisation d'occupation temporaire

AP-HM : Assistance publique - Hôpitaux de Marseille

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

APIJ : Agence publique pour l'immobilier de la justice

ARS : Agence régionale de santé

BEA : Bail emphytéotique administratif

CGI : Commissariat général à l'investissement

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CIME : Commission interministérielle de l'immobilier à l'étranger,

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques

CTE : Comité technique d'établissement

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DNA : Dotation non affectée

EPS : Établissement public de santé

GMAO : Gestion de maintenance assistée par ordinateur

H 2007 : Plan Hôpital 2007

H 2012 : Plan Hôpital 2012

HAS : Haute autorité de santé

HCL : Hospices civils de Lyon

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGF : Inspection générale des finances

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

MAINH : Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier

MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique

OPHELIE : Outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé – Législation – Indicateurs – Environnement

OSCIMES : Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé

PPP : Partenariats publics privés

PRS : Projet régional de santé

SDIR : Schéma directeur régional immobilier

SNC : Stratégie nationale de santé

SPSI : Schémas pluriannuels de stratégie immobilière

SRIS : Schéma régional d'investissement en santé

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

T2A : Tarification à l'activité