


# L'immobilier hospitalier

**Livre blanc**





Le présent document a été rédigé par  
Frédéric Gjusteen,  
Arnaud Drivet  
et Christophe Falatin,  
au sein du cabinet ACE Santé.

# Introduction

## La réflexion stratégique sur l'immobilier des hôpitaux n'a pas, en France, la place qu'elle mérite.

O pérateur de premier plan dans les territoires, véritable « radiateur » économique dont le budget dépasse souvent celui de sa commune de rattachement, l'hôpital ne fait pourtant l'objet d'aucune orientation dans la planification urbaine, dans les démarches de revitalisation des centres-bourgs, ni des « cœurs de villes » moyennes.

Équipement public abritant des flux d'une complexité quasi industrielle, il reste soumis à des procédures inadéquates qui ne favorisent pas l'apprentissage collectif. La France n'est pas à sa place dans la réflexion internationale sur l'architecture, du fait d'une balkanisation des savoirs. L'expérience nécessaire pour véritablement exercer la maîtrise d'ouvrage est difficile à entretenir à défaut d'une récurrence d'opérations.

La vétusté actuelle de nombre d'hôpitaux suscite l'indignation de l'opinion publique ; cet éclatement des savoirs y contribue, mais il n'est pas seul. La vétusté découle aussi d'un mode de financement qui ne sanctuarise pas les conditions d'accueil des usagers, mais au contraire relègue l'entretien du patrimoine au rang de variable d'ajustement en cas d'aléa sur les revenus d'activité. En premier lieu, ce sont les conditions de travail et l'image de l'offre publique qui en pâtissent.

Les différents acteurs de la régulation hospitalière connaissent ce phénomène de dégradation chronique et le considèrent souvent comme un mal nécessaire pour susciter des recompositions hospitalières. Néanmoins, le coût collectif de l'inaction n'est pas mesuré ; or il est préjudiciable en termes d'usure des professionnels, de faible attractivité médicale, et tout simplement de doute pluriannuel ; il découle avant tout d'une incapacité à construire des instances et une gouvernance adaptée au champ hospitalier. À défaut d'un débat organisé (et posé) émergent des comités de soutien qui imposent un rythme aux discussions ; pourtant

la France dispose d'un véritable savoir-faire en termes de dialogue avec l'utilisateur, dans d'autres champs de l'action publique.

Les tensions sont exacerbées par le fait que l'hôpital « ferme la marche » dans un territoire en déclin, inhérent à son rôle auprès des personnes vieillissantes. Le débat scientifique et politique sur les « villes en décroissance » et leur revitalisation est actuellement vif ; l'offre de soins y est considérée parmi les services publics, sans lui reconnaître un rôle spécifique.

Alors qu'un nouveau plan d'investissement a été annoncé par le gouvernement, il est de bon ton de saluer la nécessité de nouveaux moyens financiers pour l'hôpital. Mais les questions de financement renvoient en définitive à des choix de gouvernance et d'organisation institutionnelle. L'hôpital interpelle sur ses moyens ; il a au moins tout autant besoin d'une remise à plat de ses processus stratégiques. L'immobilier, objet du long terme par excellence, reste tributaire de la capacité à construire un consensus autour de l'évolution d'un territoire et de la manière de répondre à ses besoins en soins.

Le présent rapport découle d'une volonté, celle de susciter ce débat :

- initier des passerelles entre politiques publiques pour que les « silos » du développement territorial durable et de la régulation sanitaire se concertent à nouveau ;
- dresser le portrait des procédures d'investissement et proposer des améliorations adaptées aux projets hospitaliers, en l'illustrant avec des expériences étrangères ;
- esquisser une gouvernance différente, associant plus clairement les différents contributeurs à un projet immobilier : échelon national, collectivités, professionnels de santé, professionnels de la construction. ●

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Rétablir le dialogue État-collectivités au sein de la gouvernance hospitalière</b> .....	<b>5</b>
1. Reconnaître le rôle de l'hôpital dans le développement territorial .....	6
2. Réaligner planification urbaine et régulation sanitaire .....	7
3. Rétablir un savoir-faire en matière de dialogue public.....	10
4. L'hôpital « ferme la marche » dans la reconversion d'un territoire .....	11
5. Le premier recours, une compétence communale <i>de facto</i> .....	13
6. Les emprises foncières hospitalières : des morceaux de ville.....	15
7. Les GHT : une technicité qui progresse mais un ancrage territorial à reconstruire.....	17
8. Domanialité : un ancrage local ou étatique à trancher.....	20
9. L'immobilier réinterroge les choix de gouvernance hospitalière.....	19
<b>2 Engager une véritable stratégie patrimoniale sanitaire</b> .....	<b>21</b>
1. Articuler planification sanitaire et programmation des investissements .....	22
2. Rétablir un inventaire immobilier hospitalier .....	23
3. Professionnaliser la fonction immobilière dans les GHT : une ambition insuffisante .....	25
4. Une visibilité européenne et un partage d'expériences obérés.....	27
5. Attirer les compétences et refondre la filière d'ingénierie hospitalière.....	28
6. Le GHT, une réponse partielle aux enjeux de stratégie patrimoniale.....	29
7. Cinq critères pour instituer un véritable <i>asset management</i> à l'hôpital public.....	31
<b>3 Améliorer les procédures de conduite de projet et leur évaluation</b> .....	<b>33</b>
1. L' <i>evidence based design</i> doit enrichir des principes de MOP inchangés depuis 1985 .....	34
2. Prendre en compte l'extrême complexité des flux dans les bâtiments hospitaliers MCO.....	36
3. Rétablir une exigence de soutenabilité financière dès la phase de programmation .....	38
4. Se saisir de la révision du CCAG travaux pour défendre une approche propre à l'hôpital.....	39
5. Procédures en marché global: la règle plutôt que l'exception .....	42
6. Mobiliser la donnée publique : BIM, appels d'offres.....	44
7. Rénover la procédure Copermo.....	46
8. Structurer la recherche sur l'immobilier de santé.....	50
9. Outiller l'évaluation socio-économique pour éclairer la décision sur les investissements en santé .....	51
<b>Conclusion</b> .....	<b>54</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>56</b>
<b>Notes</b> .....	<b>57</b>



# Rétablir le dialogue État-collectivités au sein de la gouvernance hospitalière

1. Reconnaître le rôle de l'hôpital dans le développement territorial
2. Réaligner planification urbaine et régulation sanitaire
3. Rétablir un savoir-faire en matière de dialogue public
4. L'hôpital « ferme la marche » dans la reconversion d'un territoire
5. Le premier recours, une compétence communale de facto
6. Les emprises foncières hospitalières : des morceaux de ville
7. Les GHT : une technicité qui progresse mais un ancrage territorial à reconstruire
8. Domanialité : un ancrage local ou étatique à trancher
9. L'immobilier réinterroge les choix de gouvernance hospitalière

## 1. Reconnaître le rôle de l'hôpital dans le développement territorial

L'hôpital occupe-t-il une place particulière parmi les équipements publics ? Il assure l'ensemble des besoins matériels (restauration, hébergement, activités) d'usagers et nécessite une présence permanente, nuit et week-ends. Il mobilise des flux considérables et quotidiens d'usagers, de personnel, d'intervenants, de marchandises, de véhicules, de données aussi... Ces flux rayonnent et structurent l'environnement dans lequel il s'insère.

En outre, l'hôpital joue un rôle particulier auprès des populations les plus précaires, à double titre : d'abord en tant qu'opérateur de soins auprès des patients les moins mobiles ; ensuite en tant qu'opérateur d'insertion, par les emplois qu'il peut proposer notamment aux personnes les moins qualifiées.

Aucun autre service public n'intègre dans les mêmes proportions une activité 24 h/24, 7 j/7, en une telle unité de lieu. Économiquement, logistiquement, énergétiquement, l'hôpital fait office de radiateur sur un territoire.

Cette emprise de l'hôpital sur son territoire est perceptible à toutes les échelles, qu'il s'agisse d'un CHU ou d'un hôpital local. L'hôpital est souvent le premier employeur d'une agglomération, c'est bien connu – mais occulté lorsqu'il s'agit de planifier l'avenir de ces services.

La planification sanitaire s'affranchit des autres politiques publiques lorsqu'elle arbitre sur les activités de soins ; la planification urbanistique classe l'hospitalier aux côtés des autres activités de services, sur lesquelles elle n'a pas de prise. La mise en cohérence est pourtant nécessaire. Il appartient alors aux représentants des territoires et de la santé de construire un projet consensuel et de le faire arbitrer. Il faut des processus décisionnels permettant de poser ce débat, d'en défendre les intérêts et de construire une solution consentie par les acteurs ; à défaut de processus adéquats, le débat est relégué en coulisses.

Les projets immobiliers des hôpitaux sont particulièrement sensibles à cette situation. Étant par essence portés sur le devenir de la structure, sur les activités que les murs doivent abriter à long terme, ils nécessitent des arbitrages sur le lieu d'implantation et le dimensionnement des services de santé. L'immobilier soulève donc des questions primordiales de gouvernance et de processus décisionnels.

## 2. Réaligner planification urbaine et régulation sanitaire

La planification sanitaire et médico-sociale ne prévoit pas d'articulation avec le droit de l'urbanisme. À première vue, cela n'a rien de surprenant, s'agissant de politiques publiques distinctes ; cependant, ce constat paraît de plus en plus en décalage avec les dynamiques institutionnelles. En effet, l'urbanisme et les schémas d'aménagement ont connu de très fortes évolutions en cinquante ans, à la faveur de la décentralisation.

Initialement centré sur le zonage foncier, l'urbanisme s'est progressivement étendu à d'autres politiques publiques telles que le logement, les mobilités et les communications, l'aménagement commercial, la reconversion de sites, la préservation des surfaces agricoles et des milieux naturels... et par concomitance, a dépassé le cadre communal pour englober des territoires plus vastes.

Aujourd'hui, les schémas de cohérence territoriale (SCoT) constituent un document de planification essentiel pour définir une stratégie de développement sur le long terme, à l'échelle de bassins d'emplois et de territoires vastes. Ils projettent les perspectives démographiques et d'équipement, en intégrant l'impact des démarches volontairement portées par les collectivités membres. Les SCoT présentent l'intérêt d'ajouter l'expression d'une volonté politique et stratégique à la prospective fournie par un expert statistique.

Pour ce qui concerne le champ sanitaire, les orientations exprimées en termes démographiques sont particulièrement structurantes, ainsi que les polarités urbaines sur lesquelles les communes ont réussi à s'entendre. Les SCoT, voire les inter-SCoT, constituent désormais un élément essentiel de planification stratégique des priorités d'investissement public sur un territoire et de régulation populationnelle. Sans en exagérer le rôle, ils constituent une source privilégiée pour décliner des orientations sanitaires.

C'est également vrai des niveaux de planification qui surplombent les SCoT, et dont le rôle a vocation à se renforcer : directives territoriales d'aménagement (DTA) énoncées par l'État et schémas régionaux d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) adoptés par les conseils régionaux. L'urbanisme commercial se trouve de manière croissante concerné par ces dispositions, avec des répercussions sur l'offre sanitaire privée – qu'il s'agisse des cliniques, des officines, des laboratoires ou des cabinets libéraux. La fédération des SCoT a récemment publié un rapport dans lequel il affirme la nécessité de mieux réguler les implantations de services médicaux et services publics pour éviter le délitement des centres-villes<sup>1</sup> ; l'hôpital « coche » ces deux critères.

Le bénéfice dérivé des documents d'aménagement et d'urbanisme tient aux procédures de concertation qui accompagnent leur élaboration. Il s'agit de plans ayant fait l'objet d'une concertation publique avec les usagers et d'une validation formelle par les représentants des différentes collectivités membres. Outre le document, c'est également une méthode, des instances, des lieux de dialogue et de prospective qui fonctionnent de manière transverse aux politiques publiques.

Les SCoT sont adoptés collégalement par les collectivités municipales et intercommunales de leur ressort géographique, après avis exprimé individuellement par chacune de ces collectivités, et après enquête publique. Cela confère une légitimité particulière à ces documents et une opposabilité de long terme qui dépasse le rythme des renouvellements électifs. Il s'agit là d'un facteur de stabilité pour les débats.

Le champ sanitaire a besoin de cette stabilité. À refuser de structurer ces débats, en considérant peut-être d'avance qu'ils sont voués à l'échec, le

régulateur sanitaire se condamne à une action moins transparente et plus périlleuse pour l'ensemble des décideurs publics. Car le débat aura tout de même lieu, mais dans des instances qu'il ne maîtrise pas.

En outre, les règles de planification urbaine semblent mieux refléter le rôle que l'État souhaite jouer vis-à-vis des territoires que celui qu'endossent aujourd'hui les projets régionaux de santé. Il paraît opportun de structurer l'articulation entre les projets régionaux de santé et les documents d'aménagement et d'urbanisme qui couvrent une étendue croissante de politiques publiques.

Au moment où le ministère de la Santé se prépare à accorder plus de souplesse aux GHT pour organiser leur offre et où l'autorisation paraît de moins en moins efficace comme levier de régulation en l'état actuel du droit, un rapprochement accru avec la planification urbaine et la manière de s'y insérer paraît opportun. La gérontologie, l'hébergement médico-social ainsi que le premier recours constituent des champs privilégiés pour expérimenter cette articulation.

**RECOMMANDATION** Réinscrire la planification sanitaire dans une vision territoriale d'ensemble :

- en exigeant une articulation plus explicite avec la planification urbaine (en particulier les SCoT) dans les projets de recomposition sanitaire ;
- en visant une convergence entre les territoires de santé et les périmètres des SCoT ;
- en anticipant la nécessaire harmonisation public-privé en matière d'assujettissement aux règles encadrant l'urbanisme dit « commercial ».



## ENCART 1

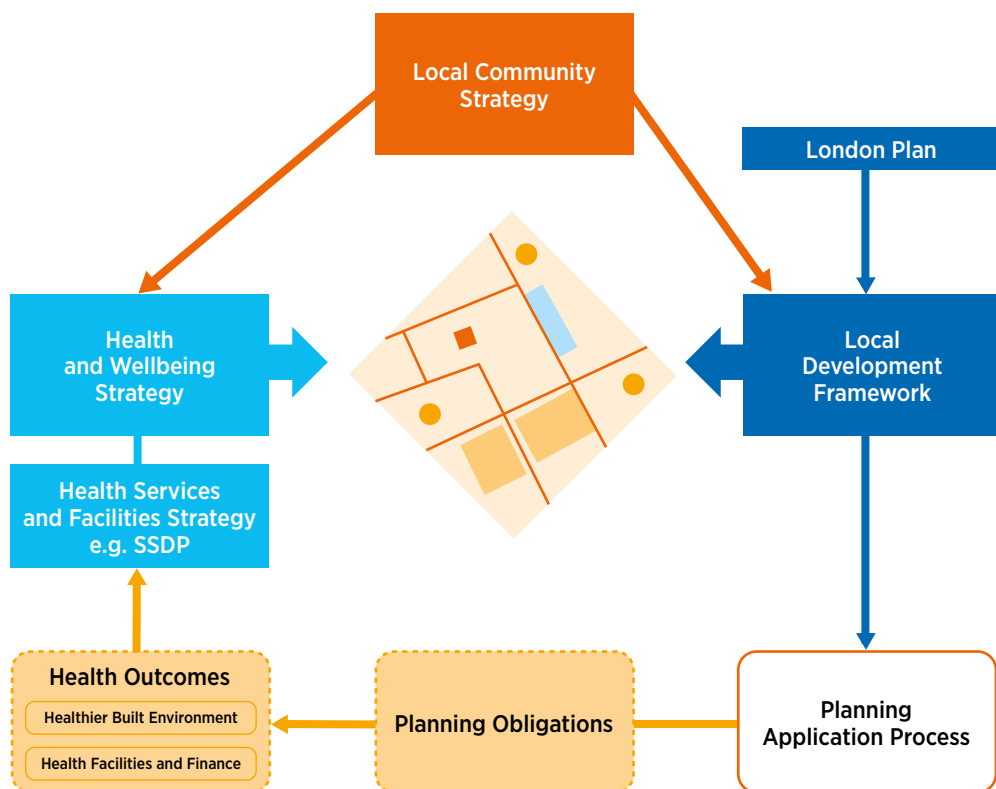
### Un «kit d'outils» pour faire dialoguer santé publique et urbanisme à l'échelle locale

Le schéma ci-dessous est extrait des documents d'orientation diffusés par le National Health Service (NHS), l'équivalent britannique de l'Assurance maladie. Au Royaume-Uni, le NHS s'emploie à associer les regards sur :

- l'impact de l'environnement et de l'urbanisme sur la santé ;
- l'impact des recompositions des services de soins.

Le dispositif prévoit une concertation périodique entre les collectivités et leur interlocuteur local au niveau du NHS ; il peut s'apparenter aux contrats locaux de santé utilisés en France, à ceci près que la concertation va beaucoup plus loin. En effet, les projets d'urbanisme sont également passés en revue et donnent lieu à une évaluation de leur impact en santé, avec des mesures de limitation d'impact lorsque nécessaire. De même, les projets d'implantation de services de santé sont intégrés à la concertation (sites de premier recours notamment).

In NHS, « Health and Urban Planning Toolkit », [www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/HUDU\\_Health\\_and\\_Urban\\_Planning\\_Toolkit\\_Main\\_Report.pdf](http://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/HUDU_Health_and_Urban_Planning_Toolkit_Main_Report.pdf), 2019.



### 3. Rétablir un savoir-faire en matière de dialogue public

Un débat mal posé est un débat qui s'éternise et se dégrade.

Au niveau des projets régionaux de santé (PRS), des procédures de concertation existent au travers des conférences territoriales de santé et des CRSA. Il reste que ces concertations sont marquées par une trop grande endogamie, où l'expression prend trop vite une tournure experte. Peu d'ARS ont réussi à mobiliser des conférences territoriales comme de véritables lieux d'arbitrages sur l'offre de soins ; et la conversion des ARH en ARS a transformé l'acte collectif d'adoption du schéma régional en un acte individuel d'adoption par les DGARS.

À l'échelle locale, il n'existe pas de dispositions régissant le débat public autour du devenir de l'hôpital. Il existe pourtant des procédures de dialogue et d'enquête publique sur les projets d'aménagement qui ont fait leurs preuves. Il conviendrait de les transposer au champ hospitalier afin que les usagers disposent d'un canal pour exprimer leur avis sur cette composante essentielle des services publics locaux. En gageant que l'expression des usagers est un préalable, et non un obstacle, à leur acceptation de profonds changements.

À défaut d'un débat structuré, les collectifs de défense de l'hôpital se sont développés sur les trente dernières années ; la manifestation verbale et médiatique est pour eux l'unique méthode pour précipiter une concertation. Cette expression peut

prendre des formes violentes, allant jusqu'aux « grèves de la faim » entreprises par certains maires. La création d'un espace de concertation devient alors la conséquence de la prise de position des collectivités locales, alors qu'elle devrait plutôt en constituer un préalable.

Par contraste, la démarche d'élaboration des SCoT constitue un appui aux élus pour construire le consensus au sein de leurs instances ; elle permet parfois d'identifier des contreparties qui sauraient favoriser le consentement.

Des méthodologies de dialogue public sont à construire dans le champ sanitaire. Elles supposent de s'articuler avec les instances existantes, de s'inspirer des méthodes qui fonctionnent, de savoir « mettre en récit » l'hôpital pour manifester les continuités historiques plutôt que les ruptures. Elles nécessitent des équipes formées et capables de s'exposer au public, préservant ainsi les décisionnaires et substituant la méthode à l'invective ; rétablissant également la confiance des administrés dans le fonctionnement et l'utilité des instances publiques.

L'intégration de dispositions relatives au « maintien des services publics » dans le Code général des collectivités territoriales (article L. 2255-1) depuis 2018 fournit l'opportunité pour expérimenter de nouvelles formes de concertation, préalablement à des recompositions de l'offre de soins.

**RECOMMANDATION** Développer des méthodes d'enquête publique dans le champ hospitalier spécifiques aux situations de recomposition de l'offre de soins, s'inspirant des méthodes en vigueur pour les documents d'urbanisme et permettant l'expression du public tout au long de la décision.

## 4. L'hôpital « ferme la marche » dans la reconversion d'un territoire

Deux phénomènes compliquent le débat public autour de la configuration hospitalière d'un territoire :

- l'existence de seuils critiques incompressibles pour exercer certaines activités. Par exemple, la conversion d'une maternité en centre périnatal se traduit nécessairement par le redéploiement, sur d'autres établissements, de dizaines d'emplois publics. La possibilité de faire des redéploiements graduels a ses limites et l'opinion se trouve, dans ces cas, confrontée à des ruptures ;
- mais, au-delà, le redéploiement des activités hospitalières se fait avec un décalage générationnel par rapport aux autres activités économiques d'un territoire.

En effet, pour les territoires qui connaissent un déclin industriel, c'est essentiellement la population active (et les enfants qui l'accompagnent) qui engagera des mobilités géographiques vers de nouveaux bassins d'emplois. La population plus âgée restera ancrée dans le territoire alors que c'est elle qui consomme la plus grande partie des soins ; de ce fait, l'hôpital connaîtra un maintien d'activité pendant plusieurs décennies avant que le déclin populationnel devienne le plus sensible.

Entre-temps, le tissu économique aura poursuivi le mouvement de reconversion, entraînant également une révision d'implantation des services publics. La place proportionnelle de l'hôpital dans l'emploi local se trouve alors exacerbée – ce qui focalise d'autant l'attention sur son maintien.

Le phénomène des « villes en décroissance » est devenu un objet d'étude scientifique depuis dix ans en France<sup>2</sup>. Les études de cas français mettent en évidence que ce déclin se trouve exacerbé lorsque les communes privilégient une forme de concurrence entre elles, notamment sur le maintien de services publics, plutôt que d'arbitrages visant l'intérêt intercommunal.

L'hôpital a un rôle à jouer dans la lutte contre le déclin urbain, avec des traductions immobilières fortes : pour cela, il est par exemple essentiel de rechercher activement toute alternative à la reconstruction, en veillant plutôt à conforter le tissu sanitaire existant. Il est également important d'accompagner le resserrement du centre-ville en insérant, lorsque possible, les activités ambulatoires (hospitalières et libérales) à proximité des pôles commerciaux. Cela confortera ces pôles en termes de flux d'usagers. Ou inversement, dans certains cas, prendre le parti de réinsuffler des activités non sanitaires dans l'hôpital si celui-ci est encore implanté en centre-ville.

Le programme « Action cœur de ville<sup>3</sup> » consacre son 5<sup>e</sup> axe au maintien des services et équipements publics. Il est important que les politiques publiques de santé y soient pleinement associées, à condition toutefois que cette participation intègre les enjeux propres à ce secteur – les moyens sanitaires devront également organiser leur redéploiement sur d'autres territoires, avec le décalage temporel évoqué ci-dessus. L'hôpital, s'il est maintenu en dépit des priorités sanitaires, connaîtra une baisse d'attractivité (notamment médicale) préjudiciable in fine à la qualité des soins.

En outre, la déclinaison du plan Climat accélère la dynamique en faveur d'une prise de conscience de la contribution des hôpitaux au développement territorial, en appelant à un fort développement de l'économie circulaire et des circuits courts d'approvisionnement. Le dernier rapport de l'ANAP en matière de développement durable

met en évidence que les hôpitaux rejettent en moyenne 3,5 kg de déchets par jour et par lit et 27,3 kg d'équivalent CO<sub>2</sub> par journée d'activité théorique<sup>4</sup>; ces chiffres illustrent bien à quel point les hôpitaux figurent parmi les premiers interpellés lorsque les territoires engagent des mesures de maîtrise de leur impact sur le climat.

**RECOMMANDATION** Objectiver la contribution d'un hôpital au développement économique et social de son territoire et en déduire des référentiels utiles au débat public.

## ENCART 2

### Rechercher l'équité dans la répartition de l'emploi public : l'expérience de la Norvège

**E**n France, l'emploi public se concentre dans les grandes villes : il représente d'après l'Insee 42% des emplois dans les 100 plus importantes communes de France, puis 37% dans les 100 suivantes, puis oscille entre 34 et 30%.

L'État norvégien, conscient que l'emploi public contribue au développement territorial, assigne aux projets d'investissement un objectif de rééquilibrage de la répartition de cet emploi<sup>5</sup>.

Le taux d'emploi de l'État (incluant le personnel hospitalier dans ce pays) rapporté à la population active de chaque territoire est calculé, et tout projet de relocalisation ou de reconstruction in situ doit justifier son choix d'implantation au regard de ce taux. L'État impose une auto-évaluation d'au moins trois scénarios d'implantation géographique, permettant d'apprécier les risques et opportunités d'une relocalisation dans des communes moins densément occupées par des administrations.

La Norvège compte 5,3 millions d'habitants répartis en 356 communes, dont un quart compte moins de 2 000 habitants et seules 5 dépassent les 100 000 habitants. En 2002, l'ensemble des activités hospitalières jusqu'alors détenues par les communes ont été transférées à l'État ; dans le même mouvement, la compétence des communes en matière d'organisation du premier recours a été clairement établie, avec un cahier des charges national à respecter (dans un pays qui a historiquement privilégié la médecine salariée à l'exercice libéral).

## 5. Le premier recours, une compétence communale *de facto*

« Une collectivité est capable, sur ses propres ressources, de construire un hôpital local ou d'assurer son extension, voire d'éviter de faire l'un ou l'autre. Par contraste, la capacité d'une collectivité locale à influencer son flux d'arrivée de médecins paraît maigre. » Ce commentaire laconique, formulé dès 1967 par l'économiste américain Herbert E. Klarman<sup>6</sup>, fait bien écho aux difficultés rencontrées par de nombreux territoires de France. Il interpelle lorsqu'on voit que le soutien des collectivités aux opérations d'investissement sanitaire<sup>7</sup> tend à se reporter actuellement sur le premier recours, notamment dans une stratégie d'offre facilitant l'installation pour les professionnels libéraux. En effet, le soutien apporté par les collectivités à l'installation se matérialise, bien souvent, par l'investissement dans des locaux neufs ou rénovés.

L'organisation des soins ne figure pas parmi les compétences désignées réglementairement et n'est rattachée à aucun échelon territorial. Pour autant, le degré d'interpellation des maires par leurs administrés sur l'accès aux soins et leur engagement dans de multiples actions sur le territoire montrent qu'il s'agit d'une compétence communale *de facto*, en particulier en cas de défaillance de l'offre de soins. Le risque existe d'une mise en concurrence entre communes pour attirer l'installation de professionnels, qui peut aboutir à une surenchère, notamment sous forme immobilière. Dans ce cas, ce sont les collectivités qui se trouvent à en assumer les coûts superflus.

Accessoirement, cette concurrence peut entraîner des redondances avec une implantation hospita-

lière, dont la collectivité ne se juge pas nécessairement solidaire; depuis la loi HPST de 2009, les mairies peuvent légitimement considérer que les établissements publics de santé ne constituent plus « leur » opérateur privilégié en matière de soins. Il arrive ainsi que des hôpitaux locaux ou Ehpad publics connaissent un débat qui s'éternise sur leur rénovation, alors que l'on inaugure à proximité des locaux neufs pour la nouvelle maison de santé.

Cet exemple illustre comment le SCoT ou l'inter-Scot peuvent constituer un échelon privilégié pour un débat efficace sur le devenir de l'équipement sanitaire d'un territoire; il ne fait pas obstacle à la liberté d'installation mais permet au moins d'orienter l'investissement public de manière cohérente. Une reconnaissance plus claire du premier recours parmi les blocs de compétences permettrait d'en améliorer la transparence, et à terme la régulation. Ce point est d'autant plus important que les intercommunalités se sont imposées comme interlocuteurs privilégiés pour les ARS en matière d'engagement d'un plan d'actions concerté, au travers des contrats locaux de santé (CLS). À ce jour, ces contrats expriment des objectifs en matière de prévention, mais l'avenir des équipements majeurs n'y est pas abordé. Certes, le périmètre des intercommunalités ne coïncide pas avec celui des SCoT, mais il en constitue le fondement.

Enfin, cette orientation faciliterait les convergences avec d'autres priorités exprimées par les autorités sanitaires. Dans un avis public rendu en 2017, le Haut Conseil de santé publique a demandé la systématisation des évaluations d'impact pour la santé dans les documents de planification territoriale<sup>8</sup>.

**RECOMMANDATION** Reconnaître une compétence en matière de premier recours au niveau adapté de collectivité, tout en délimitant les pouvoirs associés, afin de garantir une meilleure concordance entre la stratégie de santé et les autres politiques publiques d'un territoire.

**ENCART 3****L'activité externe et d'accueil des urgences, illustration d'une stratégie immobilière non territorialisée**

La forte progression de l'activité des services des urgences sur la dernière décennie est fortement médiatisée, de même que la désertification médicale; en revanche, on évoque moins la traduction conjuguée de ces deux effets sur l'immobilier de santé. Or elle illustre bien la nécessité de réinterroger les pratiques avant de projeter de nouvelles surfaces.

Cette progression d'activité doit être replacée dans son contexte :

- d'abord, l'activité des urgences représente 10 % du total de l'activité de premier recours et la médecine générale continue donc massivement à assurer son rôle; le « débordement » des urgences représente, en volume, 5 % de l'activité de médecine générale (10 millions de consultations annuelles supplémentaires, sur un total dépassant les 200 millions), avec évidemment des différences de contexte territorial très marquées;
- ensuite, l'activité externe des hôpitaux augmente non seulement aux urgences mais à l'échelle de l'ensemble des spécialités d'un établissement. C'est le reflet d'un changement de pratiques de soins, l'autre facette du « virage ambulatoire » : de plus en plus de soins peuvent être prodigués sans nécessiter d'hospitalisation. Les services de consultation et d'exploration sont donc également en forte croissance, mais de manière plus diffuse à l'hôpital.

En pratique, les projets d'extension des services des urgences foisonnent aux quatre coins de la France car l'activité a doublé par rapport au dimensionnement initial. La tarification à l'activité tend à cautionner cette extension d'activité et donc à légitimer des projets immobiliers. Pourtant, l'analyse montre que l'activité supplémentaire accueillie ne relève que ponctuellement du champ hospitalier (les « vraies » urgences, nécessitant un recours immédiat aux spécialistes ou à une hospitalisation, sont stables en volume). Allouer des surfaces supplémentaires à l'activité est légitime, mais pourquoi surconcentrer cette activité en un point central hospitalier plutôt qu'ailleurs dans l'agglomération ? Les moyens financiers correspondants peuvent justifier une implantation plus conforme au projet urbain, en centre-ville par exemple. Accessoirement, cela éviterait la saturation des stationnements hospitaliers et ouvrirait des perspectives pour installer d'autres activités de soins à proximité des lieux de vie des usagers, dès lors que le territoire est dépourvu d'une offre libérale de secteur 1. L'analyse de l'activité des urgences montre que des alternatives sont possibles et devraient être mieux promues; le modèle économique actuel n'y incite pas. Parallèlement, les collectivités confrontées à la désertification médicale s'efforcent d'améliorer l'attractivité des conditions d'exercice qu'elles peuvent proposer aux généralistes intéressés. La construction de maisons de santé par financement public se développe avec les moyens des communes<sup>9</sup>, de certains conseils départementaux et régionaux, et de la Caisse des dépôts et consignations, ainsi que de leurs opérateurs comme les bailleurs sociaux. La complémentarité avec l'offre hospitalière (ou médico-sociale) existante n'est pas systématique, pour des questions d'habitudes de travail ou de maîtrise des projets. Cela constitue autant d'opportunités perdues pour décloisonner l'hôpital; il ne s'agit pas de contester le bien-fondé de ces projets du point de vue de leurs financeurs, mais de regretter l'occasion manquée pour marier stratégie de développement territorial avec stratégie de santé.

## 6. Les emprises foncières hospitalières : des morceaux de ville

Une emprise foncière d'un hôpital est en général assez significative, *a fortiori* lorsqu'elle intègre les besoins de stationnement des personnes qui le fréquentent ; c'est vrai à toutes les échelles, qu'il s'agisse de l'Ehpad d'un bourg ou du CHU d'une métropole régionale. Quand il devient question de libérer cette emprise, on peut tirer deux constats :

- le déficit d'anticipation (sur lequel nous reviendrons ultérieurement) : le site accuse des extensions successives sans cohérence d'ensemble, l'embolisant progressivement alors même que du foncier reste disponible. Dans d'autres pays, les architectes urbanistes anticipent ce phénomène en évaluant les besoins de libération de foncier au fil des projets, ce qui suppose un schéma directeur de long terme ;
- mais surtout, cette emprise représente toujours un véritable « morceau de ville » offrant un potentiel important de requalification urbaine ; elle se rapproche, en surface comme en complexité, d'une friche industrielle bien souvent située en contiguïté du centre-ville.

Selon les territoires, ce potentiel sera anticipé ou non. Dans le meilleur des cas, le projet urbain est anticipé et la libération donne un nouveau souffle au projet de territoire (quelle qu'en soit l'échelle : centre-bourg, ville moyenne ou métropole) ; dans le pire des cas – malheureusement trop fréquent –, collectivités et EPS se renvoient dos à dos les frais de conservation d'un patrimoine devenu inattiratif.

Quel que soit le cas de figure, on peut noter que ces projets de relocalisation engendrent des tractations financières complexes quant à la valorisation des emprises délaissées, et le partage des coûts d'acquisition des emprises neuves.

Ces négociations peuvent s'avérer fructueuses pour les établissements de santé, incités à organiser des stratégies domaniales lucratives, mais elles ne participent pas à une vision cohérente des politiques publiques. En effet, l'attractivité foncière de son emprise relève avant tout d'une aubaine pour l'hôpital, sans lien avec sa stratégie ; elle peut susciter des tensions lorsque c'est la collectivité qui se porte acquéreur (ou qui a financé la nouvelle emprise) ; en outre elle peut susciter une forme d'attente de la part des autres financeurs sur leur niveau de contribution.

Enfin, ces négociations interviennent parfois tardivement, ajoutant des tensions au moment même où les projets, arrivant au stade de la livraison, mobilisent déjà fortement les équipes hospitalières (de surcroît peu aguerries aux négociations foncières).

Les procédures d'investissement hospitalier pourraient prévenir ces tensions en définissant d'emblée des prérequis au déclenchement du projet : des engagements fermes et contractualisés doivent être convenus, mettant en balance l'acquisition du nouveau site et la dévolution de l'emprise délaissée, entre collectivités et EPS.

Notons également que ce raisonnement sur le « morceau de ville » s'applique tout aussi bien pour la nouvelle emprise : de manière croissante, les nouveaux projets hospitaliers tendent à se réfléchir en coexistence avec la ville. Tout comme l'hôpital « monobloc » a vécu, il faut sortir du site « mono-activité » pour engager une véritable réflexion sur la mixité des activités vers des campus intergénérationnels et une intégration de l'hôpital aux communautés<sup>10</sup>.

Ce raisonnement trouve son sens quelle que soit la taille de la commune ; cela a récemment été réaffirmé par les architectes urbanistes de l'État<sup>11</sup> qui, dans un rapport récent, recommandent des alternatives aux constructions d'Ehpad en périphérie urbaine, visant à des stratégies plus « diffuses », favorisant le réemploi du bâti existant.

#### ENCART 4

### Maillage extrahospitalier d'un territoire : l'expérience de la psychiatrie

Les spécificités de la psychiatrie trouvent leur traduction dans le champ immobilier. En effet, il faut remarquer l'expérience de la psychiatrie issue de la sectorisation et d'une forme de responsabilité populationnelle. En pratique, les établissements disposent d'un site principal pour l'hospitalisation à temps complet, mais aussi d'un maillage de sites extrahospitaliers (CMP, CATTP, HDJ) – qui est d'ailleurs mal recensé au niveau national. Sur le plan immobilier, il s'agit soit de logements reconvertis, soit de surfaces de bureaux. S'y ajoutent des appartements thérapeutiques et d'autres formes de logement favorisant la réinsertion des patients dans la société. De manière dérivée, les CHS sont davantage confrontés aux enjeux de régulation immobilière (et urbaine) que les établissements MCO : location *versus* achat, association à des projets de développement immobilier portés par les collectivités, engagement dans des pôles de santé aux côtés des professionnels de santé libéraux et/ou des acteurs associatifs des politiques d'action sociale, d'insertion, etc.



## 7. Les GHT : une technicité qui progresse mais un ancrage territorial à reconstruire

Le champ sanitaire public a connu sur les dernières années des initiatives de rapprochement de très grande ampleur sous la forme des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Il paraît néanmoins opportun de rappeler que cette démarche constitue la déclinaison hospitalière d'une démarche de fond dans l'organisation des services publics :

- les schémas départementaux de coopération intercommunale sont entrés en vigueur en 2016 et constituent un levier considérable de transformation du secteur public local, avec des ramifications qui continuent à se faire sentir au niveau des opérateurs locaux ;
- la consolidation suit son cours dans le champ du logement social, avec des regroupements imposés par la loi Elan pour les petits bailleurs à l'échelle départementale ou au travers de réseaux nationaux<sup>12</sup> ;
- bien que moins systématique, la consolidation est en cours également dans le champ de l'action sociale, en partie en répercussion des SDCI, mais aussi de la suppression des CCAS personnalisés dans les petites communes, avec l'émergence de services intercommunaux et un débat croissant sur la répartition des rôles entre départements et intercommunalités dans ce champ.

La constitution des GHT ne représente donc pas un cas isolé mais s'inscrit dans un ensemble de recompositions des opérateurs publics locaux. La spécificité des GHT réside avant tout dans le fait que **les consolidations hospitalières n'obéissent à aucun ressort territorial prédéfini** et brouillent donc encore plus les articulations avec les collectivités. Les GHT se situent, pour la plupart, à un échelon plus proche du département que de l'intercommunalité, alors même que la planification urbaine obéit plutôt à un binôme région/intercommunalité.

Quoi qu'il en soit, la majorité des hôpitaux se voient encore considérés comme relevant d'un ressort uniquement communal, au regard des dispositions du Code de la santé publique<sup>13</sup> relatives aux conseils de surveillance (CS). Cela peut paraître désuet à l'heure où l'adhésion aux EPCI a été généralisée et où les périmètres des patientèles accueillies dépassent systématiquement le périmètre communal. Rien que sur ce point, une refonte des compositions des CS paraît justifiée, dans l'intérêt des débats sur la stratégie de l'établissement.

**RECOMMANDATION** Refondre la composition et le ressort institutionnel des EPS en faveur d'un meilleur alignement entre le ressort de leur patientèle et les collectivités représentées.

## 8. Domanialité : un ancrage local ou étatique à trancher

En réalité, la composition des conseils de surveillance soulève d'autres questions sur l'implication de l'État, qu'il est également nécessaire de trancher pour engager les projets immobiliers dans des processus décisionnels plus sereins. L'hôpital public est un objet fascinant en matière de droit public, témoin exceptionnel du rapport de force entre les différents courants de pensée politique : mis en concurrence avec une offre privée, on lui refuse pourtant le statut d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) ; retiré du statut d'établissement public local rattaché aux collectivités, on lui refuse cependant la qualification d'opérateur de l'État ; tronqué de l'action sociale actuellement éclatée entre départements et CCAS, on lui reproche son autocentrisme.

La question du rattachement local ou national des hôpitaux est régulièrement relancée. Une illustration récente découle de l'instauration du Citrans<sup>14</sup>, instance de concertation sous l'autorité du préfet de région, chargée de valider toute recomposition des services publics relevant de l'État et de ses opérateurs. Cette création de 2019 a suscité des interprétations divergentes selon les régions, pour savoir si les dossiers hospitaliers y sont assujettis ou non.

La loi HPST a entraîné un transfert du rattachement des EPS depuis les collectivités vers l'État ; ce transfert est reconnu par voie jurisprudentielle, tant en matière de droit social<sup>15</sup> que de droit de l'urbanisme<sup>16</sup>. Mais les conséquences n'en ont pas été pleinement tirées sur le plan domanial.

À ce stade, ce rattachement n'entraîne pas de transfert d'actif : l'immobilier hospitalier n'est pas inscrit à l'actif de l'État, qui enregistre comptablement les EPS comme des « participations non contrôlées<sup>17</sup> », donc sans consolidation dans les comptes de l'État.

De même, ce transfert associé à la loi HPST ne s'est pas accompagné d'une révision du Code général de la propriété des personnes publiques, ce qui engendre un flou quant aux procédures applicables en matière domaniale. En effet, ce code ne prévoit pas d'alternative à l'établissement public relevant soit de l'État, soit des collectivités locales.

Ce n'est pas le cas des autres dispositions réglementaires : le Code de la commande publique récemment révisé s'est affranchi de cette ambiguïté en réservant un chapitre spécifique aux hôpitaux lorsque utile ; idem pour le règlement de gestion budgétaire et comptable publique publié en 2012<sup>18</sup>.

Une forme d'insécurité juridique s'est donc installée car certaines dispositions sont spécifiques aux établissements publics de l'État mais ne sont pas explicitement assignées aux établissements de santé (notamment en termes de visa préalable et de contrôle financier aux opérations d'achat ou de prise à bail<sup>19</sup>).

## 9. L'immobilier réinterroge les choix de gouvernance hospitalière

De nombreuses entités publiques ont su construire une gouvernance adaptée à leur contexte, permettant d'associer collectivités et représentants de l'État au sein des instances décisionnelles plutôt qu'en dehors. Les schémas peuvent varier :

- les agences de l'eau disposent d'une gouvernance duale permettant à la fois d'associer les différentes catégories d'usagers à la décision et de maintenir une forme de contrôle d'État – c'est également vrai des universités et des établissements publics fonciers ;
- le Cerema et les ports autonomes associent à parité des représentants des collectivités et de l'État, ainsi que des opérateurs économiques ;
- les sociétés aéroportuaires ont fait le choix d'une structure capitalistique dans laquelle les pouvoirs de décision sont exprimés en parts sociales, réparties entre les collectivités et l'État ;
- dans d'autres cas, ce n'est pas l'État mais la Caisse des dépôts et consignations qui assume une forme de coordination/supervision nationale – au travers de prises de participation actionnariale dans le champ de l'aménagement notamment ;
- les établissements publics locaux d'enseignement constituent encore un autre modèle de gouvernance, plus éclaté : les locaux et personnels techniques relèvent juridiquement des collectivités territoriales alors que le personnel d'enseignement et administratif reste sous la responsabilité de l'État ; l'exploitation courante est confiée à un directeur relevant de l'État et la stratégie de long terme est négociée entre les rectorats et la collectivité compétente.

On peut noter que, dans ce dernier cas de figure, la collectivité (départementale ou régionale selon qu'il s'agit d'un collège ou d'un lycée) assume un rôle d'opérateur de mutualisation de l'expertise immobilière entre différents établissements. Dans le champ hospitalier, l'émergence de tels opérateurs régionaux dédiés à l'immobilier a été évoquée en 2007 dans un rapport conjoint IGF/IGAS mais n'a pas connu de suites.

À titre de comparaison, les conseils de surveillance des établissements publics de santé constituent le lieu de construction de la stratégie de long terme, mais se trouvent pénalisés par une participation de l'État qui reste consultative. La création des comités stratégiques de GHT ne prévoit d'ailleurs pas la représentation de l'État et, dans le même temps, n'affirme qu'une implication modérée des collectivités locales.

Pourtant, au regard des comptes 2018, dans près d'un établissement public de santé sur deux (45%), la majorité des fonds propres sont du ressort de l'État<sup>20</sup>. On peut ainsi considérer que celui-ci se refuse de reconnaître, en pouvoir de décision, les droits que lui confère pourtant sa contribution au financement en capitaux de l'établissement.

Notre propos n'a pas pour objet de contester les choix de positionnement des différents échelons (État/collectivités), mais de constater que l'on arrive à une dichotomie croissante entre le rattachement juridique des établissements publics de santé et leur gouvernance. Sur le plan immobilier, cette dichotomie entraîne des risques en matière de domanialité, comme nous l'avons vu précédemment, mais aussi en matière de stratégie patrimoniale et de définition des priorités d'investissement. ●

### RECOMMANDATIONS

- Remettre à plat l'implication de l'État et des collectivités dans la gouvernance hospitalière en s'inspirant du pilotage des opérateurs dans d'autres politiques publiques.
- Expérimenter l'opérateur immobilier territorial comme préconisé en 2007, selon une gouvernance à définir, par exemple dans un des GHT les plus étendus.



## Engager une véritable stratégie patrimoniale sanitaire

1. Articuler planification sanitaire et programmation des investissements
2. Rétablir un inventaire immobilier hospitalier
3. Professionnaliser la fonction immobilière dans les GHT : une ambition insuffisante
4. Une visibilité européenne et un partage d'expériences obérés
5. Attirer les compétences et refondre la filière d'ingénierie hospitalière
6. Le GHT, une réponse partielle aux enjeux de stratégie patrimoniale
7. Cinq critères pour instituer un véritable *asset management* à l'hôpital public

# 1. Articuler planification sanitaire et programmation des investissements

À la différence des réflexions actuelles sur la réforme des activités de soins, l'acte fondateur de la planification sanitaire (loi de réforme hospitalière du 31 décembre 1970) ne visait pas en priorité à garantir la qualité des soins mais à organiser une véritable planification des investissements<sup>21</sup>, et notamment réguler les établissements publics relevant alors de l'échelon communal.

Cette réforme s'articulait avec une procédure très structurée d'arbitrage sur les investissements territoriaux dès lors qu'ils intégraient des subventions d'État. Les deux démarches s'appuyaient sur des normes et référentiels en commun : exigences en termes de locaux et d'équipements, principes d'hygiène, etc.

Les évolutions successives du régime des autorisations ont permis de répondre à d'autres contraintes : harmonisation des règles d'autorisation pour les établissements publics et privés, autorisation portée sur l'activité de soins plutôt sur son équipement de référence (dialyse par exemple), passage à la contractualisation sur des cibles capacitaires et d'activité... Dans le même intervalle, le lien avec les priorisations d'investissement s'est distendu. C'est ainsi que la réglementation évoquant le programme d'établissement, notion établie dans

une phase d'expansion du parc hospitalier français, a été remplacée par le projet d'établissement, aux enjeux beaucoup plus diffus<sup>22</sup>.

Aujourd'hui, la réglementation ne prévoit aucune étape opposable de concertation entre un établissement, les collectivités et l'État sur un projet immobilier. De même, aucun principe sur le financement de ces projets n'est énoncé, ni *a fortiori* sur les contributions financières envisageables des différentes parties.

Cette absence d'opposabilité est préjudiciable dans la mesure où elle entraîne des incertitudes sur la faisabilité financière d'une opération d'investissement jusqu'aux dernières étapes de l'engagement des entreprises chargées des travaux.

Il est nécessaire de réintroduire une forme de cohérence entre la planification sanitaire et les besoins d'investissement. L'analyse des besoins de santé et de l'adéquation de l'offre, puis des mesures à encourager, doit permettre d'identifier les coûts d'investissement à programmer sur la période du PRS. En particulier, il est nécessaire de réintroduire des notions capacitaires dans les autorisations, faute de quoi il devient difficile de dialoguer entre financeurs et établissements sur le dimensionnement final de l'investissement.

## RECOMMANDATIONS

- Rétablir une notion quantifiée des besoins dans le régime des autorisations, permettant d'introduire une programmation pluriannuelle des priorités d'investissement en déclinaison des PRS.
- Y intégrer le dimensionnement des besoins en ressources humaines et compétences afin de relativiser l'impact, sur la capacité globale de prise en charge, d'une évolution dans les techniques (et donc dans les besoins d'investissement).

## 2. Rétablir un inventaire immobilier hospitalier

Toute stratégie patrimoniale suppose au préalable la réalisation d'un inventaire immobilier ; c'est à cette condition que l'opérateur peut initier des stratégies sur l'intérêt de conserver ou modifier, voire céder, ses différentes propriétés.

Cet inventaire ne peut se résumer au référencement comptable des immobilisations même si celles-ci constituent par défaut un bon point de départ pour organiser un recueil d'informations plus techniques : les données comptables ne permettent pas d'apprécier le degré de fonctionnalité

du patrimoine et les découpages entre fiches immobilisations sont le résidu d'opérations de travaux successives plutôt qu'un reflet sincère de l'état des bâtiments.

Sur ce point, le réseau hospitalier peut s'inspirer de l'expérience de l'État. Pour les services et opérateurs de l'État, cet inventaire a été mené de manière concomitante avec les SPSI, dans le sillage de la LOLF et des obligations entraînées par la certification des comptes.

### ENCART 1

#### Décliner, dans le champ hospitalier, les méthodes appliquées aux opérateurs de l'État : les SPSI

Les schémas pluriannuels de stratégie immobilière (SPSI) sont généralisés dans le champ des universités françaises, ainsi qu'à l'Inserm et au CNRS, depuis dix ans. Ils font partie intégrante du référentiel d'évaluation quinquennal mené par le Hcéres et du dialogue budgétaire avec les opérateurs de l'État. Ils s'accompagnent d'un inventaire précis de l'immobilier<sup>23</sup>, de son état technique et de sa fonctionnalité. Ils s'intègrent dans une stratégie pensée à l'échelle régionale. Les établissements publics de santé ne sont pas assujettis à l'obligation de production des SPSI car ils ne sont pas considérés comme des opérateurs de l'État. Les CHU ont pourtant fait l'objet d'une revue systématique par le Conseil de l'immobilier de l'État entre 2013 et 2016.

Le projet d'observatoire de l'immobilier des hôpitaux Ophélie, porté par le ministère de la Santé depuis 2014 n'a pas connu le succès escompté alors qu'il pouvait préfigurer l'inventaire nécessaire aux stratégies patrimoniales.

Dans le champ médico-social, l'enquête quadriennale « EHPA » fournit de nombreux indicateurs sur l'état de l'immobilier, malheureusement sous-exploités car placés sous le sceau du secret statistique.

Un inventaire immobilier présente l'intérêt d'assez peu évoluer d'une année sur l'autre, et il comporte donc avant tout un coût d'acquisition initiale, à la différence de la multitude d'autres enquêtes auxquelles les établissements de santé sont astreints. On peut noter que, pour l'État, le « défrichage » nécessaire à la constitution d'un premier inventaire a été assuré par une forte mobilisation du réseau des finances publiques, et que l'inventaire s'inscrit depuis dans une logique d'amélioration continue.

L'inventaire patrimonial est essentiel dans l'amélioration du système hospitalier. Il permettra de hiérarchiser les priorités en termes de rénovation, en identifiant les sites les plus vétustes et les sujets qui posent le plus problème (performance énergétique ? confort hôtelier ? sécurisation ? conditions de travail ?). Il permettra aussi des arbitrages sur le maintien de services et sur les aménagements transitoires ou de suppléance entre sites, puisque les surfaces inoccupées sont mal connues aujourd'hui sur les sites hospitaliers. Il permet d'argumenter une priorisation des investissements à l'échelle nationale et participe à la construction du consensus.

Ce besoin d'inventaire est en train de rattraper les hôpitaux. Alors que les exigences de maîtrise énergétique vont connaître une accélération

forte avec la loi Elan, les établissements de santé sont classés en bâtiments tertiaires aux côtés des bureaux, commerces et hôtels<sup>24</sup>. Les dispositions prévoient une déclaration préalable d'un référentiel de bâtiments<sup>25</sup>. À ce titre, on peut noter que la consolidation informatique des diagnostics de performance énergétique était déjà prévue<sup>26</sup> mais ne prévoyait pas de retransmission consolidée aux financeurs des investissements publics, ce qui ne permet pas de les intégrer à une programmation. Le décret tertiaire transforme ce besoin en relevant le niveau de détail exigé : en effet, les établissements de santé auront intérêt à ne pas déclarer leurs consommations de manière globale, mais mieux détaillée par bâtiment, afin d'optimiser leur atteinte des objectifs de maîtrise énergétique et de limiter les pénalités.

**RECOMMANDATION** Enrichir les enquêtes statistiques annuelles des établissements de santé pour y intégrer des questions portant sur l'immobilier :

- surfaces occupées ;
- état technique du patrimoine ;
- respect des enjeux de sécurité (incendie, électricité, eau, sismicité, etc.).



### 3. Professionnaliser la fonction immobilière dans les GHT : une ambition insuffisante

Le management immobilier à l'hôpital est historiquement structuré selon un principe de polarité, avec un site principal et quelques sites annexes à vocation médico-sociale ou logistique. Seuls quelques établissements sont structurés en multisite MCO, essentiellement des CHU ou des résultantes de fusions-recompositions.

Dans cette configuration, la compétence de conception immobilière est essentiellement externalisée, auprès de cabinets de programistes notamment, puis auprès des architectes spécialisés en santé. En effet, si les fonctions de gestion des services au quotidien (dits de *facility management* dans le jargon immobilier<sup>27</sup>) sont assurées par les services logistiques, les fonctions d'optimisation et de gestion du site (*property management*) sont assurées sans trop d'effet d'émulation; la gestion de l'immobilier en tant qu'actif (*asset management*), avec des arbitrages sur la stratégie d'implantation et l'acquisition/cessions de l'actif, ne trouve pas de sens pour un établissement monosite. Elle reste donc embryonnaire, hormis dans les plus gros établissements.

Les GHT renversent cette logique et font basculer le management dans une logique multisite. Par voie de concomitance, les GHT facilitent l'émergence d'une fonction immobilière plus professionnalisée.

La mutualisation de la fonction achats a constitué une première étape importante dans la création des GHT, et la création d'équipes immobilières de territoire en constitue un corollaire naissant. Une deuxième étape est en train d'être franchie avec la possibilité du *cash pooling*, qui a vocation

à faciliter le déclenchement d'opérations d'investissement. La troisième étape portera sur la création de fonctions de gestion d'actifs, d'*asset management* à part entière.

Les grands opérateurs publics ont déjà réalisé cette mutation, qu'il s'agisse de l'État (au travers de France Domaine, devenue Direction immobilière de l'État), de la Ville de Paris ou des opérateurs à réseau qui ont constitué des organisations dédiées, telles que Poste Immo, la Direction de l'immobilier Groupe chez Orange ou la mutualisation de l'expertise immobilière à l'Ucanss pour le compte des organismes de sécurité sociale. Les plus grands groupes hospitaliers publics, tels que l'AP-HP et les HCL, disposent également d'équipes dédiées, justifiées par le domaine qui leur est rattaché.

Pour autant, dans leur configuration actuelle, seule une partie des GHT atteint le seuil critique nécessaire pour conforter une fonction immobilière. Pour cela, on peut estimer qu'il est nécessaire d'englober un portefeuille comportant à tout moment au moins deux ou trois opérations de plus de 10 millions d'euros de travaux en phase de réalisation et autant d'opérations en phase d'études; pour atteindre la taille critique à l'échelle d'un GHT, on peut alors considérer qu'il faut au moins une dizaine de sites (toutes activités confondues) et un budget annuel d'exploitation de l'ordre de 1 milliard d'euros.

Ce seuil peut évidemment être discuté car il ne représente qu'un GHT sur huit; en gardant toutefois à l'esprit que six GHT sur huit ont un budget d'exploitation inférieur à 600 millions d'euros...

## ENCART 2

### L'externalisation du parc immobilier privé en France

La concentration des cliniques privées, à marche forcée depuis quinze ans, s'est financée en partie par l'externalisation des murs. C'est ainsi que quelques foncières regroupent aujourd'hui une part considérable du parc immobilier des cliniques : dans un rapport de 2019, Xerfi estime que 12 % des cliniques sont locataires et que cette proportion devrait doubler sur les prochaines années, notamment dans le champ des Ehpad. Trois foncières se partagent l'essentiel de ce parc : Icade Santé (plus de 100 sites en propriété dont 82 MCO), Primonial REIM et BNPP REIM. Indirectement, cette concentration devient internationale : les groupes de cliniques sont engagés dans une stratégie de croissance externe à l'échelle européenne et les foncières accompagnent ce développement.

Parmi les établissements privés à but non lucratif, l'émergence de groupes nationaux tend également à se traduire par la concentration de l'immobilier au sein d'un opérateur dédié, généralement des SCI adossées aux entités « siège ». Outre l'effet de mutualisation des expertises, la centralisation de l'immobilier offre des avantages en matière de fiscalité, de gestion des fonds propres et de gouvernance.

Le secteur public est concerné par cette évolution, de manière plus protéiforme : on voit émerger, notamment en appui aux GHT, la création d'entités juridiques de mutualisation (des groupements de coopération sanitaire, par exemple) qui portent l'investissement et préfigurent une sorte de « foncière » à l'échelle du territoire.

D'ailleurs, ces montages de cession-bail ne sont plus spécifiques au secteur privé : une entité affiliée à la FHF développe des montages de type « bail en l'état futur d'achèvement » (BEFA) dans le champ médico-social, dans lesquels la construction et la propriété sont placées sous la responsabilité d'un consortium bancaire. L'établissement public de santé, signataire du bail, se positionne en gestionnaire de l'exploitation d'un Ehpad sans être propriétaire des murs.

## 4. Une visibilité européenne et un partage d'expériences obérés

Les enjeux de gouvernance sur les questions d'immobilier sanitaire évoqués ci-dessus trouvent leur transposition au travers de la visibilité limitée de la France dans la réflexion internationale.

Lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport sur les démarches visant la qualité et la sécurité des soins à l'échelle européenne<sup>28</sup> en 2017, un chapitre entier est consacré à l'immobilier hospitalier. La France, pourtant présente dans tous les autres chapitres (formation des professionnels, gestion de la qualité, gestion de crise, veille épidémiologique...), n'est pas évoquée dans ce chapitre alors que onze États, dont tous les autres États à la démographie importante d'Europe, ont livré leur expérience et leurs pratiques.

En effet, la France ne compte aucun représentant dans les principales fédérations institutionnelles européennes relatives à l'immobilier hospitalier, et notamment l'European Healthcare Property Network (EuHPN) qui a assuré la rédaction de ce chapitre à la demande de l'OMS.

La France a une présence contrastée dans les principaux événements à l'échelle européenne en matière d'architecture hospitalière. Elle est absente des réseaux plus académiques ou institutionnels, qu'il s'agisse du réseau des Architects for Health (à dominante plutôt britannique et qui organise annuellement les European

Healthcare Design Awards depuis dix ans) ou du réseau European Network Architecture for Health<sup>29</sup> (d'origine plutôt allemande). Le Paris Healthcare Week reste néanmoins un événement majeur et remarqué, qui a su attirer en 2018 la tenue du congrès de la section hospitalière de l'Union internationale des architectes. Notons également que la France affirme son rayonnement en ce qui concerne l'immobilier privé de santé : le marché international des professionnels de l'immobilier (Mipim), salon d'envergure mondiale qui réunit annuellement à Cannes les investisseurs et constructeurs, décerne depuis 2016 un prix consacré à l'hospitalier ; on notera d'ailleurs que l'hospitalier y est classé aux côtés de la logistique plutôt qu'aux côtés de l'immobilier tertiaire.

L'explication de cette dichotomie institutionnelle est difficile à rechercher ; on peut néanmoins noter que plusieurs instances nationales pourraient prétendre au leadership sur la thématique immobilière (DGOS, ANAP, mais aussi commission ingénierie et architecture de la Conférence des directeurs généraux de CHU, IHF, UFAS...) et que cette fragmentation ne facilite pas l'identification de répondants lorsqu'une enquête européenne est commissionnée.

Le réseau académique et scientifique français en matière d'immobilier hospitalier reste tout autant embryonnaire.

## 5. Attirer les compétences et refondre la filière d'ingénierie hospitalière

Le présent Livre blanc serait incomplet s'il n'abordait pas la question des compétences et des ressources humaines chargées de la stratégie immobilière des hôpitaux. La réflexion sur l'organisation est indissociable des personnes chargées de la faire vivre.

Les métiers de l'architecture et de l'ingénierie hospitalières ont été étudiés par des sociologues et par des historiens<sup>30</sup> qui offrent un éclairage intéressant sur la difficulté de cet exercice professionnel et le bouleversement qu'il a connu dans les années 1980, lorsque l'État a mis fin à son propre engagement dans la construction hospitalière. La difficulté à engendrer des parcours de carrière dans l'ingénierie hospitalière et le manque d'attractivité de la FPH pour les ingénieurs suscitent des revendications des représentants nationaux de ces métiers, alors même que les besoins en ingénierie sont très significatifs.

Or la gestion du corps des ingénieurs hospitaliers paraît insuffisamment structurée et peu attractive, subissant des écarts, même au sein des trois versants de la fonction publique. En outre, c'est la seule filière d'encadrement supérieur hospitalier dont le pilotage n'a pas été conféré au Comité national de gestion (CNG), et dont le recrutement par concours reste sous l'initiative des établissements pris individuellement (alors que le recrutement est coordonné par le CNFPT dans la filière territoriale). Une révision du statut des ingénieurs a été annoncée par le ministère à différentes reprises (le plus récemment en octobre 2019) et est réclamée par les représentants de ce corps depuis plusieurs années.

Notre propos n'est pas de prendre position dans un dialogue relevant des relations sociales, mais de faire admettre l'existence d'un risque d'ordre sociologique : de tous les métiers de l'hôpital, l'ingénierie est sans doute celui dont les compétences peuvent être le plus immédiatement valorisées dans d'autres secteurs d'activités, ce qui atténue sans doute le recours à la revendication syndicale.

Quelles priorités recommander ?

- Instiller une GPEC nationale et structurer les filières de formation : le développement technologique conduit à un besoin exponentiel d'ingénierie dans les hôpitaux sur les années à venir. Il ne s'agit pas ici de trancher entre un recrutement exclusivement public ou une externalisation très poussée, mais il est nécessaire de construire une filière de formation dédiée, puis de positionner un curseur interne/externe permettant d'organiser le recrutement.
- Renforcer le pilotage national – ou aller au bout de l'organisation embryonnaire actuelle et instituer un pilotage régional de cette filière.
- S'adosser aux GHT : le recrutement d'ingénieurs devrait emboîter le pas de la fonction achats et du système d'information et être mutualisé – plus généralement, le recrutement de l'encadrement supérieur s'exerce de manière croissante à l'échelle d'un GHT.
- Permettre une spécialisation : trop d'ingénieurs sont contraints de rester généralistes, couvrant toutes les thématiques allant du système d'information au bâtiment.

**RECOMMANDATION** Mener une refonte de fond de la gestion du corps des ingénieurs hospitaliers, autour de quatre axes : pilotage réaffirmé, GPEC nationale, accompagnement des GHT, spécialisation des filières.

## 6. Le GHT, une réponse partielle aux enjeux de stratégie patrimoniale

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le groupement hospitalier de territoire (GHT) s'impose comme une première étape dans la mise en place de l'expertise immobilière.

Indéniablement, le GHT préfigure une montée en compétence importante dans l'achat de prestations immobilières, ainsi que la mutualisation de capacités d'investissement entre établissements. La création des GHT a d'ores et déjà entraîné une centralisation de la fonction achats ; en outre, elle introduit une territorialisation de la stratégie des hôpitaux, alors que le raisonnement multisite ne concernait jusqu'alors qu'une frange d'établissements de santé, notamment en court séjour.

Cependant, les trois facteurs suivants nous font considérer que les GHT ne constituent pas une mesure suffisante.

D'une part, **la majorité des GHT n'ont pas la taille critique et un réseau d'implantations permettant de garantir une récurrence d'opérations majeures immobilières, et donc la constitution d'un savoir-faire au sein de leurs équipes**. La culture du retour d'expérience et de l'évaluation des pratiques professionnelles s'est fortement développée parmi les cliniciens sur les dix dernières années et a vocation à s'étendre aux fonctions d'ingénierie – c'est encore loin d'être le cas, hormis pour les plus gros CHU. Par comparaison, on note que les majors du BTP sont toutes organisées en filiales d'échelle suprarégionale<sup>31</sup>, plus proches du découpage utilisé par la sécurité civile au travers des huit « zones de défense et de sécurité », et disposent en général d'un service national d'expertise pour les grandes opérations. Dans la négociation des projets immobiliers de grande ampleur, les vendeurs sont bien plus rompus à l'exercice que les acheteurs.

D'autre part, il continuera à manquer une étape essentielle de validation des projets immobiliers très en amont. Il s'agit de **garantir que les étapes de conception, et même de choix d'implantation, sont précédées d'une étape stratégique de concertation sur le contenu de l'opération et son coût**. Trop de demandes de financement sont présentées aux tutelles sur la base de choix préemptés en matière de dimensionnement clinique, d'organisation logistique, d'implantation géographique, allant parfois jusqu'à l'esquisse. Trop rarement, un état des lieux patrimonial vient argumenter les besoins et vérifier que les alternatives à la construction ont été dûment explorées. Le dialogue sur la soutenabilité financière s'engage alors dans des conditions difficiles car le projet est déjà figé dans son dimensionnement. Il manque un maillon dans la conduite d'opérations sur ces phases préliminaires qui conduit à aborder le financement en aval du projet et non côte à côte ; c'est préjudiciable dans une période de tensions sur les ressources financières. Nous avons esquissé, dans les différents encarts du présent rapport, des solutions sur la base de l'expérience d'autres pays, qui évitent cette tension entre administrations publiques que suscite parfois un projet d'investissement hospitalier dans nos territoires.

Mais enfin et surtout, **le GHT ne résout pas les enjeux fondamentaux de gouvernance et de processus décisionnel** qui le dépassent en partie.

Dans leur forme actuelle, les textes entérinent une déconnexion du GHT avec toute instance démocratiquement élue, n'étant rattaché ni à l'État, ni à l'un de ses opérateurs, ni à un échelon de collectivités. À leur manière, les GHT constituent un reflet, dans le champ hospitalier, de la tendance à renforcer l'échelon métropolitain parmi les différentes strates des collectivités locales : l'instance

représentant les élus réunit principalement, *de facto*, les édiles des plus grandes communes ou intercommunalités du territoire. Mais il ne s'agit pas d'une instance délibérante; la légitimité du GHT à engager des recompositions de l'offre de soins s'en trouve fragilisée.

Agir suppose de rétablir une forme d'ancrage du projet de santé dans son territoire, aux côtés des autres politiques publiques. Nous avons suggéré une articulation plus poussée avec les schémas de cohérence territoriale (SCoT), au risque de bouleverser l'équilibre fragile sur lequel reposent ces schémas – peut-être n'est-ce pas l'échelon adapté. Ce qui est certain, en revanche, c'est qu'il est nécessaire de rétablir un dialogue entre les silos actuels du développement territorial et de l'organisation des soins. C'est une nécessité tant au niveau réglementaire qu'au niveau de la concertation entre administrations. Cette articulation reste à inventer.

La stratégie immobilière des hôpitaux doit rester indissociable des choix de régulation et de géographie du soin. Pour autant, ces choix géographiques doivent irriguer la planification urbaine et inversement; ils doivent être associés à des critères socio-économiques robustes et validés par les meilleures instances.

Enfin, l'immobilier hospitalier a également une incidence économique sur le système de santé. Avec la particularité d'être le plus tributaire des capacités d'anticipation: **on ne rattrape pas a posteriori une construction qui s'avère inadéquate par son contenu ou par son emplacement.** En améliorer la capacité technique et stratégique, c'est également contribuer à améliorer les prises en charge, ainsi que les conditions de travail, tout en maîtrisant les coûts.

**RECOMMANDATION** Étudier l'opportunité d'inclure l'expertise immobilière parmi les responsabilités hospitalo-universitaires fournies en appui aux GHT, telles que la gestion de la démographie médicale et la formation initiale médicale (cf. IV de l'article L. 6132-3).

## 7. Cinq critères pour instituer un véritable *asset management* à l'hôpital public

Quelle organisation préconiser pour parvenir à une maîtrise d'ouvrage hospitalière plus performante ? Dans d'autres secteurs ou pays, on constate l'émergence d'opérateurs régionaux chargés de la mutualisation de cette expertise ; plutôt que de préempter cette réflexion, nous nous proposons pour conclure d'identifier les critères sur lesquels les différentes options devront être évaluées :

- il faut atteindre une taille critique suffisante de manière à obtenir une récurrence des expériences ; l'échelle d'un GHT ou monodépartementale n'y suffit que rarement ;
- l'agencement entre acteurs doit clarifier les sources de financement pour l'investissement hospitalier, et notamment la forme que prend la contribution de l'Assurance maladie ;
- l'agencement doit faciliter un véritable dialogue public sur le devenir du réseau hospitalier dans son territoire et les modifications à y apporter, de façon à susciter le consentement aux transformations ; il doit s'associer à une capacité à trouver des contreparties pour les différentes parties prenantes ;
- le processus de décision et de conception immobilière doit éviter les à-coups, retours en arrière ou incertitudes ; le cadrage financier doit figurer aux côtés des arbitrages de contenu à chaque phase et ne pas reposer sur des subventions qui reposent sur des phases ultérieures ; les travaux de l'exécutif hospitalier doit être conditionné à un mandat ;
- l'agencement doit permettre une vision objective de la contribution économique d'un site sanitaire à son territoire et une délibération intégrant cette incidence. ●





# 3

## Améliorer les procédures de conduite de projet et leur évaluation

1. L'*evidence based design* doit enrichir des principes de MOP inchangés depuis 1985
2. Prendre en compte l'extrême complexité des flux dans les bâtiments hospitaliers MCO
3. Rétablir une exigence de soutenabilité financière dès la phase de programmation
4. Se saisir de la révision du CCAG travaux pour défendre une approche propre à l'hôpital
5. Procédures en marché global, la règle plutôt que l'exception
6. Mobiliser la donnée publique : BIM, appels d'offres
7. Rénover la procédure Copermo
8. Structurer la recherche sur l'immobilier de santé
9. Outiller l'évaluation socio-économique pour éclairer la décision sur les investissements en santé

## 1. L'evidence based design doit enrichir des principes de MOP inchangés depuis 1985

Le Secrétariat général pour l'investissement, placé auprès du Premier ministre, tient un inventaire national des projets d'investissement public de l'État, incluant les hôpitaux. Tous les projets supérieurs à 20 millions d'euros ont vocation à être inventoriés. Les projets hospitaliers tiennent une place singulière : ils représentent une part prépondérante en nombre mais concernent des montants généralement bien inférieurs à la plupart des investissements répertoriés. Dans les autres politiques publiques, l'État et ses opérateurs n'interviennent plus en maîtrise d'ouvrage sur des projets de l'ordre de 20 à 50 millions d'euros car ils se concentrent sur des projets de très grande taille, les autres étant plutôt du ressort des collectivités. Le maintien des investissements hospitaliers dans un tel inventaire apparaît d'autant plus atypique. L'inventaire reste néanmoins incomplet car, à la différence d'autres pays, l'obligation de déclaration n'est pas assortie d'une forme d'approbation systématique nécessaire<sup>32</sup> pour poursuivre.

L'inventaire permet de constater que la construction hospitalière connaît les spécificités suivantes :

- elle concerne essentiellement la rénovation ou la reconstruction de bâtiments, dans le contexte d'un marché arrivé à maturité : il y a peu de territoires qui aujourd'hui nécessitent un renforcement de leur offre capacitaire (les besoins existent sur le plan des compétences, médicales notamment, mais ils ne se traduisent pas en besoins de nouvelles implantations) ;
- une proportion significative de projets est de taille moyenne, à la limite des seuils de déclaration. La rénovation d'un site de 80-120 lits se situe aux alentours ou en-deçà de 20 millions d'euros TTC (TDC), et c'est là que se concentrent les principales rénovations d'Ehpad, de bâtiments de court séjour ou de psychiatrie, ou encore la rénovation de plateaux techniques ;

- les reconstructions plus onéreuses sont donc plus exceptionnelles et associées principalement aux CHU ;
- inversement, une proportion très importante de réhabilitations ou d'extensions/reconfigurations sont mal recensées. Or ces projets sont permanents, du fait que les processus de soins sont fortement conditionnés par l'enveloppe immobilière et que celle-ci est donc soumise à des réadaptations constantes.

À titre d'illustration, le virage ambulatoire en chirurgie s'est traduit par des travaux conséquents d'adaptation des locaux et des flux sur la quasi-intégralité des sites concernés, parfois en plusieurs étapes. De nombreux projets de constructions neuves ont même connu des reconfigurations lourdes dans les années qui ont suivi leur livraison, signe que les murs conditionnent la capacité à suivre les innovations organisationnelles, plus fortement que dans les services publics à caractère plus administratif. Dans le même temps, l'exigence croissante d'une médecine fondée sur les preuves trouve sa contrepartie dans le champ architectural : à l'*evidence-based medicine* répond l'*evidence-based design*. Ce mouvement est fortement perceptible à l'échelle internationale, avec un souhait de pouvoir démontrer comment l'architecture contribue à la qualité et à la sécurité des soins. Il suppose une démarche scientifique, en documentant les mesures prises et en évaluant leurs effets, en veillant à publier le retour d'expérience.

Les orientations de la loi MOP ne font pas obstacle à ce mouvement mais ne visent pas plus à l'encourager. Il y aurait pourtant des apprentissages en matière d'exercice de la maîtrise d'ouvrage qui, partant de l'hôpital, pourraient ensuite diffuser sur les autres filières de la conception architecturale.

**RECOMMANDATION** Missionner les centres de recherche publics du BTP en appui à l'hôpital, dans la préfiguration d'un exercice de la maîtrise d'ouvrage fondé sur les preuves.

## ENCART 1

### Les *post occupancy evaluation* (POE) au Japon : organiser le retour d'expérience en immobilier de santé

À l'échelle internationale, la médecine basée sur les preuves a trouvé sa contrepartie dans le champ immobilier, au travers de l'*evidence-based design*. Elle suppose un travail qui n'est pas engagé en France et qui, à l'inverse, est systématiquement recherché au Japon depuis soixante ans<sup>33</sup> : l'évaluation en phase d'exploitation. Les projets immobiliers sont évalués dans l'année qui suit leur livraison, avec l'appui des chercheurs du Japan Institute for Healthcare Architecture. Ces évaluations s'attachent à vérifier l'efficacité réelle des parcours patients et des flux logistiques par rapport à ce qui avait été prévu lors de la conception, et d'en tirer les leçons pour les projets ultérieurs. Des analyses précises sont effectuées, telles que le parcours pédestre des soignants tout au long d'une journée dans les unités de soins ou l'expérience patient (bruit, éclairage...). Par ailleurs, ces évaluations retracent les modifications apportées aux bâtiments pendant la phase d'exécution ou pendant les mois qui ont suivi la mise en service, ce qui permet de prendre conscience de l'enjeu de l'évolutivité des locaux hospitaliers.

Dans l'article de 2019 cité ci-dessus, et sur un ton semi-humoristique, le doyen de l'école d'architecture de l'université de Tokyo décrit huit catégories d'hôpitaux en fonction de leur accueil des patients et précise leurs interactions avec le bâti : l'« hôpital supérette », le « hi-tech », le « RER aux heures de pointe », etc. Le parc immobilier français se prêterait particulièrement bien à des évaluations de grande ampleur : les bâtiments-types industrialisés des années 1970 structurent encore l'offre hospitalière (V120, USN, Fontenoy, Duquesne, CHT...) et leur (d)évolution cinquante ans plus tard mériterait des projets de recherche, de même que l'évaluation plus systématique de chaque livraison hospitalière majeure à l'échelle nationale.

Au-delà, le retour d'expérience permet d'éviter de reproduire des erreurs ou des effets de mode, sur un plan plus fonctionnel ou plus technique : pour illustrer l'étendue des possibles dans le champ hospitalier, la fréquence d'utilisation des hélis­tations en toiture, le fonctionnement à cinq ou dix ans des modes alternatifs de production de chaleur (bois, granulés, photovoltaïque...), le recours aux pneumatiques et aux transports automatisés, la construction des unités de chirurgie ambulatoire, ou la généralisation des salles hybrides radiologie/chirurgie, etc.

Le Japon compte 47 « préfectures » pour 126 millions d'habitants et environ 1700 municipalités. Ce sont ces dernières qui portent la compétence hospitalière et ont la responsabilité d'organiser l'offre de soins, en régie ou par délégation ; les plus petites comptent 1 100 habitants mais les communes de moins de 10 000 habitants sont très peu nombreuses. En première lecture, la contribution nationale à l'investissement prend la forme de dotations d'équipement aux collectivités sans distinction propre à l'hospitalier. La Chine et la Corée du Sud disposent, de manière similaire, d'instituts dédiés à l'architecture hospitalière.

## 2. Prendre en compte l'extrême complexité des flux dans les bâtiments hospitaliers MCO

Tous les ouvrages construits par la puissance publique ne sont pas soumis aux dispositions de la maîtrise d'ouvrage publique. Le Code de la commande publique a conservé une dérogation à la MOP pour les ouvrages « destinés à une activité industrielle dont la conception est déterminée par le processus d'exploitation » (article L. 2412-2, repris de la loi MOP). Sont visées, par voie réglementaire, des activités pour lesquelles il est considéré que l'architecture devrait rester assujettie aux impératifs d'ingénierie : les centrales de production d'énergie et de chauffage urbain, les incinérateurs de déchets et les industries extractives ou manufacturières.

Notre propos n'a pas pour objet de demander à ce que l'activité des hôpitaux soit reconnue comme « industrielle », même si de nombreuses composantes de l'hôpital s'en rapprochent par nature (linge, repas, pharmacie...) ou par les risques/nuisances qu'elles génèrent. L'hôpital a cette spécificité de cumuler tous les attributs, allant de l'installation classée pour l'environnement (ICPE) aux risques NRBC. Il est parfois immeuble de grande hauteur (IGH) avec des dispositions accrues en matière de sécurité incendie, tout en recevant du public (ERP) à tous les étages et à toute heure, et en servant de « première ligne » en cas de situation exceptionnelle sur son territoire.

En revanche, l'hôpital est pleinement concerné par cet impératif d'une conception « déterminée par le processus d'exploitation », fondée sur les flux. L'hôpital a été peu étudié par les services de l'État en charge de la recherche architecturale, mais dans des actes de colloques du PUCA datés de 2006<sup>34</sup>, portant sur la qualité de conception, on retrouve des témoignages de professionnels du secteur : « Un hôpital, c'est d'abord et avant tout de la logistique dans tous les domaines. Ce qui caractérise un service hospitalier, c'est [...] que ce sont sans arrêt des flux de denrées alimentaires, de produits, de médicaments, de linge, etc. Par conséquent, cette appréciation de la fonctionnalité des circuits, des lieux, est essentielle au bon fonctionnement ultérieur de la structure. [...] Il y a [aussi] des choses qui ne sont pas acceptables à aucun moment en termes de dignité. »

Or la procédure MOP est trop séquentielle pour permettre la remise en cause des pratiques. Comme l'a souligné Louis Omnès dans un ouvrage récent<sup>35</sup>, « l'édifice conçu pour permettre le transfert sans changement des us et coutumes en cours dans l'ancien hôpital [s'avérera] obsolète au niveau de son fonctionnement dès son ouverture ».

**ENCART 2****Structurer l'évaluation indépendante en amont à la décision : la NHS applique le *DQI for Health***

**L**e Royaume-Uni structure la prise de décision sur un investissement en plusieurs phases et impose, pour chacune, une évaluation indépendante. La NHS a décliné ces méthodes dans le champ sanitaire, aboutissant au référentiel *design quality indicators for health*. Le Royaume-Uni ne reconnaît aucun monopole aux architectes sur la conception des bâtiments, et le phasage est donc différent de celui en vigueur en France. On retrouve néanmoins cinq étapes majeures : cadrage stratégique et territorial ; conception ; conception détaillée ; préparation de la livraison ; retour d'expérience post-livraison. La première étape est clairement mal structurée en France, de même que la dernière ; les autres se rapprochent des étapes de conception sanctuarisées par le CCAG travaux et les dispositions MOP.

Quelques points importants dont on peut utilement s'inspirer :

- l'autonomie individuelle des hôpitaux est reconnue au Royaume-Uni, mais pour autant il leur est imposé la déclaration des projets de plus d'environ 10 millions d'euros auprès de l'échelon national. Par ailleurs, le recours à l'emprunt est refusé par principe, sauf dérogation accordée par le Trésor. Pour rappel, la déclaration et l'approbation de projets par l'échelon national en France étaient systématiques jusqu'à l'adoption de la loi HPST, avec des seuils différents selon la taille de l'établissement ;
- une grande insistance est portée sur la responsabilité individuelle et *intuitu personæ* du « propriétaire » du projet immobilier, chargé de la qualité du projet et des évaluations ;
- l'évaluation intègre des items spécifiques au champ hospitalier, tels que la sécurité du patient. La méthode d'évaluation présente l'originalité d'être collégiale : l'évaluateur indépendant a avant tout un rôle de facilitateur et de maîtrise de la démarche, il n'assure pas directement l'évaluation. Celle-ci correspond à une autoévaluation effectuée par l'équipe chargée du projet et associe nécessairement les différents partenaires externes mobilisés sur le projet : architectes, économistes, entrepreneurs... L'évaluation sert donc de confrontation périodique des différentes parties prenantes du projet. Le territoire britannique est maillé par 59 sociétés hospitalières (*trusts*) pour 67 millions d'habitants.

### 3. Rétablir une exigence de soutenabilité financière dès la phase de programmation

Les dispositions de la loi MOP, désormais insérées dans le Code de la commande publique, prévoient que l'élaboration du programme d'un projet immobilier s'accompagne de la détermination de l'enveloppe financière prévisionnelle; en revanche, elle n'impose rien quant au financement de cette dépense.

On retrouve ainsi des situations ubuesques où le conseil de surveillance d'un EPS peut délibérer en faveur d'une décision d'investissement alors même qu'aucun engagement n'a été pris par les différents financeurs sur le projet. Ces délibérations sont ensuite relayées aux usagers par la presse; comment ensuite expliquer un refus de subvention?

Il est indispensable de revoir ces procédures en introduisant une notion de mandat préalable aux études.

L'exploration de scénarios immobiliers est inutile tant qu'un projet médical n'est pas élaboré; il est également nécessaire de valider, au fil des étapes d'un projet, les engagements que peuvent prendre les acteurs en termes de soutien financier et institutionnel à l'opération.

L'exigence de soutenabilité financière suppose également de stabiliser le modèle économique de l'investissement hospitalier. La loi HPST de 2009 a consacré l'autonomie financière des établissements publics de santé dans une logique de «hôpital-entreprise»; par corollaire, les moyens d'investissement

des hôpitaux sont devenus strictement tributaires de leur capacité à dégager des marges sur leur cycle d'exploitation, comme cela a été reconnu par l'IGF et l'IGAS dès 2013<sup>36</sup>.

Sept années plus tard, il serait trop facile de considérer cette stratégie unilatéralement comme un écueil; en revanche, on peut y voir deux risques sur le plan immobilier:

- sur le fond, l'investissement devient très dépendant de l'atteinte des niveaux d'activité alors que les deux obéissent à des cycles différents. C'est ainsi que des améliorations de locaux ou des renouvellements d'équipements de sécurité sont reportés *sine die* faute d'attractivité pour la patientèle; les soignants et les patients subissent alors un outil de travail qui se dégrade d'année en année, alors que cela relève d'une carence dans les processus stratégiques qui les dépassent. Conditionner l'investissement au cycle d'exploitation a ses limites dès lors que l'établissement est durablement en difficulté;
- sur la forme, le maintien de notions économiques telles que le «taux de marge brute» a été délétère pour le partage des enjeux avec les communautés hospitalières. D'autres concepts et approches budgétaires auraient favorisé un dialogue plus constructif et facilité l'exercice du contrôle financier par les autorités compétentes, en équilibrant mieux les besoins de court et de long terme au sein d'un hôpital, sanctuarisant par exemple un niveau minimal d'investissement incompressible ou en optant pour des termes moins connotés.

**RECOMMANDATION** Renforcer la phase de concertation entre financeurs sur les opérations immobilières avant toute étude de conception ou de faisabilité et, à l'image des pratiques d'autres pays, clarifier le mandat conféré à l'exécutif hospitalier.

## 4. Se saisir de la révision du CCAG travaux pour défendre une approche propre à l'hôpital

Le cahier des clauses administratives générales (CCAG) travaux est actuellement en cours de révision<sup>37</sup>; il est notamment question de créer un CCAG spécifique à la maîtrise d'œuvre. L'hôpital peut y jouer un rôle particulier, eu égard à son implication historique dans la rédaction des textes.

En effet, lors des versions précédentes de 1976, de 2009, puis de 2014, le ministère de la Santé et plus particulièrement l'administration centrale en charge des hôpitaux figure parmi les signataires de l'arrêté initial et de ses révisions jusqu'à ce jour. Y figurera-t-il à nouveau en 2020? Ce sera symptomatique de la perception qu'à le ministère de son rôle en matière d'immobilier de santé. En effet, l'implication du ministère dans ce champ a fortement diminué depuis la suppression du bureau de l'ingénierie hospitalière à la DGOS en 2010, en faveur d'un regard plus strictement financier sur l'investissement.

Deux points sous-jacents à cette révision interpellent plus particulièrement :

- d'une part, un recours croissant des personnes publiques aux dispositifs dérogatoires tels que la conception-réalisation (cf. chapitre suivant) ou l'externalisation du financement via des BEFA ou des contrats de promotion immobilière (CPI), qui peut porter préjudice à l'indépendance de l'architecte dans l'exercice de son monopole créatif et culturel; on sait que les EPS sont particulièrement séduits par ce type de montage, mais on s'interroge insuffisamment sur les raisons de cette séduction;
- d'autre part, un doute qui s'installe sur l'opportunité de ce monopole dans sa configuration juridique actuelle et la nécessité de réviser la loi sur l'architecture, débat porté par le ministère de la Culture. En cause notamment, les

difficultés à organiser la cohérence des projets urbains (la possibilité d'imposer des prescriptions architecturales et urbanistiques étant réclamée par les collectivités, par exemple) et le constat de l'« atomisation des agences<sup>38</sup> » qui nuit au développement international d'une compétence pourtant de haut niveau en France.

La loi sur l'architecture de 1976 a certes élevé des barrières protégeant la conception architecturale, mais par répercussion, et de manière tout particulièrement marquée dans le champ hospitalier, cela a fait émerger d'autres métiers en amont et en aval :

- les missions de programmation : en lien avec la faible compétence interne aux hôpitaux en matière de maîtrise d'ouvrage, le champ hospitalier a favorisé le développement de programmistes spécialisés dans ce secteur, qui ont vocation à formaliser le projet qui servira ensuite à la consultation de l'architecte (voire le projet d'ensemble, pour une conception-réalisation);
- aux côtés du programmiste, l'introduction d'autres intermédiaires apportant une expertise financière ou juridique, en particulier pour les montages contractuels complexes (VEFA, BEFA, CPI, concession de travaux, bail à construction, marché de partenariat, marchés globaux intégrant une période d'entretien-maintenance) ou la réalisation d'études juridico-financières préalables;
- les majors du BTP (non que les majors soient apparues avec la loi sur l'architecture, mais celles-ci ont adapté leur stratégie à ce contexte; l'influence de cette loi sur la concentration du BTP en France est peu étudiée).

Ces majors réunissent des facteurs clés de succès qui, bien qu'éloignés de leur métier initial d'entreprises générales, s'avèrent particulièrement

importants dans le champ hospitalier car ils pallient l'absence de véritable maîtrise d'ouvrage (hormis dans les plus grands CHU) :

- l'assise financière permettant d'engager sa responsabilité contractuellement sur le coût de l'opération, qui constitue un facteur d'incertitude majeur pour les hôpitaux;
- la sécurité sur le respect des calendriers et le savoir-faire en matière de conduite d'opération de construction neuve;
- le sourcing nécessaire à la déclinaison du marché de travaux en lots par corps d'état. À la différence de collectivités ou de bailleurs sociaux qui engagent des opérations de manière plus récurrente, permettant de faire jouer la capitalisation des expériences, les EPS ne mobilisent des entreprises de travaux que pour des opérations d'ampleur moindre au quotidien. Pour un hôpital pris isolément, le recours à un marché alloti pour une très grosse opération reste hasardeux.

À titre anecdotique, on remarque que les référents « immobiliers » en ARS sont confrontés, plus que les établissements, à la rencontre récurrente des différents intervenants immobiliers. C'est ainsi qu'un effet d'expérience s'installe dans les échanges avec les programmistes alors même que les ARS ne sont jamais en relation directe avec eux.

Le recours privilégié aux majors du BTP découle du gage apparent de sécurité qu'elles offrent mais pourrait s'adjoindre des alternatives. Cela suppose de constituer un autre opérateur capable d'apporter les mêmes sécurités aux EPS, de mutualiser les risques ainsi que les compétences. C'est le choix fait dans d'autres pays, où la maîtrise d'ouvrage hospitalière est confiée à des opérateurs publics dédiés – telles que la Société québécoise des infrastructures (SQI) ou la Sykehusbygg en Norvège.

### ENCART 3 Mutualiser l'expertise immobilière en santé : exemple au Québec

Le Québec, c'est 8,5 millions d'habitants pour trois fois la superficie de la France. C'est aussi un recensement exhaustif des projets d'investissement public sur dix ans, actualisé tous les deux ans, avec une validation systématique des budgets dès le stade de l'« avant-projet » : on utiliserait plutôt le terme de « préprogramme » en France, car l'avant-projet québécois n'intègre aucune esquisse ni plan. À la différence de la France, l'inventaire des projets ne constitue pas un recensement de projets déclarés (cf. « Inventaire des projets d'investissement public », jaune budgétaire annexé au PLF<sup>39</sup>) mais une programmation ferme de projets intégrant différents stades de validation ([www.sqi.gouv.qc.ca/vision/Documents/directive\\_gestion\\_projets\\_majeurs.pdf](http://www.sqi.gouv.qc.ca/vision/Documents/directive_gestion_projets_majeurs.pdf)). Le ministère maintient une visibilité sur l'état technique du patrimoine, selon un « indice d'état » normé, et priorise ses investissements en conséquence.

Bâtiments	Quantité	Dimension (m <sup>2</sup> )	Âge moyen (ans)	Inspection (%)	Indice d'état (%)			Indice d'état moyen	Déficit de maintien d'actifs (M\$)
					ABC	D	E		
Centres hospitaliers	571	4 453 278	51	100	90	9	1	B	236,4
CHSLD	466	2 117 166	47	100	76	20	4	C	148,8
Centres de réadaptation	177	3 819 53	50	100	81	16	3	B	17,1
Centres jeunesse	191	3 368 20	57	100	66	26	8	C	48,0
Centres locaux de services communautaires	183	3 561 69	40	100	82	17	1	B	16,7
Autres	982	12 565 512	50	100	78	16	6	C	174,3
Immeubles excédentaires	105	4 456 56	83	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
<b>TOTAL</b>	<b>2 675</b>	<b>9 347 554</b>							<b>641,3</b>



L'État québécois a normé quatre stades de réflexion pour les projets, qui facilitent un arbitrage progressif sur l'ambition et le calendrier :

- projets en préparation au niveau local, non encore soumis au niveau central de l'État ;
- projets « à l'étude » ;
- projets « en planification » (finalisation du budget et de financements) ;
- projets « en réalisation » (lancement des études de conception).

Chaque stade renvoie à un processus de validation spécifique. Le plan est actualisé annuellement et surtout l'information sur le stade d'avancement de chaque projet est public (cf. exemples ci-dessous).

		Contribution du Québec					Contribution des partenaires	Coût total	
En réalisation	Nom	Région	Avant 2018-2019	PQI 2018-2028		Total			
				2018-2019	2019-2028		Total		
1-	Construction du nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du centre de recherche <sup>6</sup>	06	2 546,8	102,1	441,9	544,0	3 090,8	540,1	3 630,8

En planification	Nom	Région
1-	Construction d'un Nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital L'Enfant-Jésus - Phase II	03
2-	Redéploiement du campus de l'Hôpital Lachine	06

À l'étude	Nom	Région
1-	Construction d'un nouveau complexe chirurgical et mise aux normes de certains secteurs de la santé mentale à l'Hôpital régional de Rimouski	01
2-	Agrandissement et réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital de Chicoutimi	02

La SQI assure le mandat de maîtrise d'ouvrage déléguée pour le compte des différents ministères, sauf décision dérogatoire en Conseil des ministres. Elle assure l'amélioration continue des méthodes de travail pour l'élaboration des programmes fonctionnels, les grilles d'estimation de coûts, ainsi que l'évaluation de vétusté du patrimoine. D'ailleurs, un inventaire exhaustif est inclus dans le plan décennal d'investissement, précisant l'état (classé de A à E selon une grille normée) pour chaque élément de patrimoine hospitalier ([www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget\\_depenses/18-19/fr/8-Infrastructures\\_publicques\\_du\\_Quebec.pdf](http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/18-19/fr/8-Infrastructures_publicques_du_Quebec.pdf)).

I Travaux de construction		40 540 527 \$
1,1	Mission (construction neuve ou agrandissement) inclus fondations	21 000 000 \$
Assort1	Centre jeunesse	10 800 000 \$
Assort2	Centre local de services communautaires (CLSC)	10 200 000 \$

Le Québec simplifie les phases d'arbitrage sur les préprogrammes en standardisant les coûts à utiliser :

- un coût de référence au mètre carré est décliné en fonction de la nature du projet hospitalier et des unités fonctionnelles à y inclure ;
- les surfaces à utiliser découlent de référentiels existants pour chaque type d'activité, selon les mêmes référentiels que précédemment ;
- le débat se concentre ainsi sur ce que les Québécois appellent le « plan clinique » et que nous appellerions le « projet médical » : quelles files actives, quels volumes d'activité, quelle planification de l'offre ?

## 5. Procédures en marché global, la règle plutôt que l'exception

Nous avons procédé à un rapide dépouillement des appels d'offres et avis d'attribution sur le premier trimestre 2020, en matière de projets de constructions neuves ou de réhabilitations majeures. Il montre que plus de 60 % des derniers marchés ont été lancés en marché global cumulant conception et réalisation, signe que le recours traditionnel à un concours de maîtrise d'œuvre est en passe de devenir l'exception plutôt que la règle. Corollaire à ce développement, le recours au dialogue compétitif sous une forme très poussée : il est courant, dans les avis consultés, que le dernier cycle de ces dialogues repose sur un avant-projet détaillé (ou intermédiaire entre APS et APD). Les procédures deviennent très longues car en réalité toute la phase de conception architecturale ne relève plus d'un marché notifié mais de la phase même de choix d'un titulaire. Plusieurs cabinets d'architecte réalisent l'ensemble ou presque de la phase de conception alors même que l'engagement contractuel n'est pas formalisé et que seule leur candidature les lie au maître d'ouvrage.

Dans ce cadre, et sauf à pouvoir expérimenter une « troisième voie » en matière de marché « industriel » (cf. *supra*), il est important que les dispositions du futur CCAG MOE anticipent le fait que, désormais, l'essentiel des travaux de conception se déroule par anticipation sur la signature définitive des marchés puisqu'elle a lieu pendant la phase de mise en concurrence.

On peut y voir une opportunité et deux risques.

- L'opportunité d'un effet d'émulation qui « tire » l'architecture vers un meilleur équilibre entre qualité, durabilité, délai et coût que celui qu'apportait le concours de maîtrise d'œuvre (qui s'arrêtait au stade de l'esquisse, et non du quasi-APD).
- Le risque d'une attractivité accrue de la standardisation. Afin de gagner du temps et de l'effort, les architectes sont conduits à standardiser leurs approches ; comme l'a indiqué l'un des maîtres d'œuvre les plus connus dans la santé, s'exprimant au sujet des unités de soins et locaux médico-techniques préfabriqués, « le modulaire hospitalier est promis au plus grand avenir <sup>40</sup> ». Notre propos n'est pas de considérer le concours de maîtrise d'œuvre comme une panacée qu'il faudrait maintenir en l'état, mais de rechercher une voie intermédiaire et de conserver les leçons du passé. La réflexion modulaire présente l'avantage de systématiser le retour d'expérience et la capitalisation des pratiques. Mais il faut veiller à ne pas susciter à nouveau le rejet des procédés dits « industrialisés » des années 1970 en France.
- Second risque, la capacité limitée à fédérer en interne pendant la période de choix. L'implication des « utilisateurs » de l'établissement pendant cette phase est délicate. Pendant douze à dix-huit mois environ, trois à cinq équipes de conception travailleront sur la base d'un cahier des charges élaboré en concertation avec les utilisateurs finaux, mais seul un échantillon de ces derniers peut être associé pendant la phase de choix.

En tout cas, le recours à un CCAG MOE dans les marchés globaux perd une partie de son intérêt car la phase de conception devient antérieure à l'engagement contractuel (donc à l'applicabilité des CCAG).

Dans un autre domaine, le dépouillement des appels d'offres permet également de constater

la montée en puissance des marchés territoriaux, à l'échelle des GHT, pour les travaux de moindre ampleur. Cette innovation contractuelle émergente paraît particulièrement intéressante car elle représente une forme de référencement territorial d'entreprises locales qui développeront une expertise hospitalière.

**RECOMMANDATION** Dépasser les problématiques juridiques pour aller vers une réflexion plus stratégique sur le développement d'expertises en santé et l'évaluation au long cours de la qualité des prestations : mettre l'accent sur la rigueur de l'évaluation et de la réception, du « retex » et de l'effet d'expérience lors de la transition entre un marché et le suivant. La concentration des marchés de travaux au sein d'opérateurs ayant une certaine taille critique permet d'organiser cet effet d'expérience.

## 6. Mobiliser la donnée publique : BIM, appels d'offres

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les données caractérisant le parc hospitalier sont très insuffisantes. Pour autant, deux pistes d'exploitation de données sont à aborder afin d'améliorer la maturité du management immobilier en France.

### « Faire masse » pour la transition vers le bâtiment numérique

La généralisation progressive du *building information modeling* (BIM) dans les travaux immobiliers préfigure la possibilité d'un inventaire permanent. Structurer aujourd'hui une norme documentaire pour l'immobilier hospitalier serait justifié et facilitant pour améliorer la capacité d'action du ministère et de ses opérateurs.

Il existe une réflexion collective sur le BIM hospitalier en France, portée essentiellement par l'association des ingénieurs hospitaliers

de France (IHF) ; le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) a également réalisé quelques interventions sur des projets neufs, notamment à Ajaccio et à Brest<sup>41</sup>. Dans la pratique, l'impulsion vers la numérisation d'un bâtiment se trouve plutôt donnée par les entreprises de travaux (et notamment les majors) et vise donc les projets neufs.

Étant donné l'enjeu crucial que représentent les flux dans l'organisation hospitalière, le BIM représente une source considérable d'amélioration des fonctionnements et de sécurité des soins. Sa généralisation est engagée mais peut s'étaler sur une période plus ou moins longue, en fonction de l'appui qui lui est fourni. Au Royaume-Uni, la NHS s'est dotée en 2018<sup>42</sup> d'une stratégie de déploiement du BIM qui couvre l'ensemble du cycle de vie d'un bâtiment et des équipements ; elle argumente ce choix en considérant qu'il s'agit d'une nécessité pour arriver à démontrer à quel point des

#### ENCART 4

### L'observatoire des projets immobiliers hospitaliers : exemple en Allemagne

En Allemagne, un observatoire privé rend compte de l'avancement de l'ensemble des projets d'investissement hospitalier à l'échelle nationale. Chaque projet fait l'objet d'une fiche actualisée régulièrement présentant son dimensionnement, son avancement, le maître d'ouvrage, les entreprises mandatées... Financé par des revenus d'abonnement et de marketing depuis plus de quarante ans, la « Schwab-liste » se présente comme un intermédiaire mettant en lien des hôpitaux avec les entreprises et les cabinets d'études. Distorsion de la concurrence ? Au contraire, l'initiative garantit une forme de transparence et d'accès de tous les fournisseurs à l'information de la part des maîtres d'ouvrage hospitaliers.

défauts techniques dégradent les conditions d'exercice et, *in fine*, pénalisent la qualité et l'efficacité des soins. Le BIM britannique descend dans les niveaux de détail jusqu'à ceux permettant l'articulation avec la gestion de la maintenance.

Le BIM n'a pas uniquement vocation à être utilisé dans les phases de conception d'un bâtiment. Le recours au BIM dès les premières phases de programmation, y compris sur les projets de rénovation, devrait être renforcé et soutenu sur le plan national afin de s'installer dans les mœurs plus rapidement. La carence de la maîtrise d'ouvrage stratégique, évoquée précédemment, associée à la balkanisation actuelle des systèmes d'information hospitaliers, obère la sensibilisation à cet enjeu.

### Exploiter les données des appels d'offres pour faciliter le dialogue hôpitaux-entreprises

L'Observatoire économique de l'achat public, hébergé par la Direction des affaires juridiques de Bercy, constitue une source d'information considérable sur la dynamique d'investissement immobilier dans le champ hospitalier. Il est actuellement sous-utilisé et insuffisamment connu; ces données devraient relever du partage de données publiques.

Un croisement avec l'obligation d'inventaire des projets d'investissement permettrait de mieux retracer la dynamique d'investissement en cours et d'aider les entreprises comme les financeurs à prioriser leur approche du secteur hospitalier, à l'image de ce qui se fait en Allemagne (cf. encart 4).

**RECOMMANDATION** Sans préjuger des meilleurs choix techniques, établir rapidement une feuille de route du déploiement du BIM en association avec les représentants du secteur hospitalier, de l'immobilier/construction et des systèmes d'information hospitaliers. Cette feuille de route donnera de la lisibilité à l'ensemble des acteurs et favorisera l'alignement des acteurs; elle facilitera l'intégration d'exigences BIM dans les procédures réglementaires (et notamment les marchés publics).

## 7. Rénover la procédure Copermo

Le Copermo est sans doute le sujet le plus délicat à traiter dans le présent Livre blanc car, s'il est incontournable de l'évoquer, il constitue l'un des points de crispation le plus souvent mis en avant et le plus sujet à polémiques. Notre souhait est donc de traiter le sujet de manière méthodique et cohérente avec le reste de notre propos.

Le Copermo constitue aujourd'hui l'instance et la procédure par lesquelles l'administration centrale traite les demandes d'appui provenant des établissements publics de santé pour des projets d'investissement majeurs, allant au-delà du soutien déjà fourni par les ARS. Instance exclusivement interne à l'État, le Copermo est aujourd'hui affublé de nombreux maux : la perception de son action, le traitement concomitant de l'investissement et des plans d'économies, son niveau d'expertise, le cadre juridique et institutionnel dans lequel il travaille.

Le premier de ces maux est la perception de son action par les professionnels de santé ; il n'est pas le moindre car il amène aujourd'hui à remettre en cause son existence. Malgré son caractère administratif, le Copermo fait aujourd'hui l'objet d'une forte médiatisation et incarne la rigueur injustifiée que l'État imposerait aux hôpitaux. Il devient donc la cible privilégiée des acteurs qui souhaitent dénoncer des exigences qu'ils jugent disproportionnées.

L'une des causes de cette image, mais non la seule, est la double fonction du Copermo : supervision des projets d'investissement supérieurs à 50 millions d'euros et supervision des plans de retour à l'équilibre des établissements connaissant les situations les plus dégradées. Le lien entre les deux est certes fort, puisque le financement des grands projets d'investissement induit généralement des efforts d'amélioration de leur performance d'exploitation. Il pourrait cependant être géré différemment, et la confusion des deux rôles semble ne plus être productive.

Cette double mission est d'autant moins adaptée que le Copermo réunit les administrations financières mais n'associe pas les compétences nécessaires pour expertiser les projets d'investissement au regard de l'ensemble des enjeux. D'abord, si l'expertise populationnelle existe dans le rapport socio-économique, elle reste insuffisamment liée au niveau d'aides accordées (notamment dans une logique de compréhension du patrimoine hospitalier d'un territoire). Le Copermo ne dispose pas de règles ni même d'abaques pour déterminer un niveau d'investissement dans le patrimoine hospitalier d'un territoire donné, à même d'assurer une équité sur le territoire national. Il en résulte une difficulté à expliciter ses décisions et un manque de légitimité de celles-ci auprès notamment des professionnels de santé, qui peuvent les juger inéquitables, voire soumises à l'arbitraire. Ensuite, l'expertise technique s'appuie sur des ratios et référentiels imparfaitement actualisés. Elle ne touche que peu à la fonctionnalité des bâtiments prévus ni aux pratiques innovantes, faute de corpus national développé dans le domaine de l'immobilier hospitalier, mais aussi par insuffisance des compétences disponibles à ce niveau. L'échelon national s'est désengagé de toute doctrine immobilière depuis plusieurs années.

Enfin, l'intervention du Copermo s'inscrit en discordance avec le cadre législatif et réglementaire. D'un côté, les ARS ont perdu depuis 2010 et la loi HPST leur pouvoir d'approbation du plan pluriannuel d'investissement comme du projet d'établissement. De l'autre, elles doivent depuis 2013 donner un avis en opportunité sur les dossiers Copermo<sup>43</sup>, sans donc pouvoir en déduire les conséquences sur le PPI. Il est d'ailleurs à souligner que le Copermo et le processus afférent relèvent d'une simple circulaire.

À ces points de faiblesse, l'analyse menée globalement dans le présent Livre blanc amène à en ajouter un : le Copermo et sa procédure ne

permettent pas l'adaptation au contexte local. Son processus de décision isole l'État d'une concertation locale qui, fréquemment, est déjà bien engagée avant l'intervention du niveau national et se poursuit jusqu'à la finalisation du projet, et qui permet d'engager les différents financeurs, au regard par exemple d'enjeux dans la localisation de l'établissement, dans la gestion des espaces urbains ou du patrimoine architectural. Autrement dit, la procédure Copermo ignore l'aménagement du territoire et la planification spatiale, le rôle que les collectivités locales peuvent jouer pour un immobilier hospitalier plus cohérent et mieux inséré dans la ville et la nécessité d'une décision concertée de financement en ce sens. Elle ignore également le patrimoine hospitalier environnant, faute d'ailleurs de construire un historique partagé de l'investissement immobilier hospitalier. Quant

à la place de l'hôpital dans le développement économique local, déjà évoquée ailleurs dans ce Livre blanc, elle est par principe absente du corpus documentaire qu'il exige des établissements.

Qu'on l'appelle Copermo ou d'un autre nom, il est clair que le financement de l'investissement hospitalier ne pourra se passer d'une instance de décision quant à l'octroi de moyens nationaux. Dès lors que la Santé reste une compétence de l'État, il faut et il faudra une instance et un processus décisionnel qui prennent à bras-le-corps le traitement des besoins de renouvellement d'équipements hospitaliers, qui prennent leur place au sein d'une réponse associant compétences, concertation, veillant à la transparence des décisions prises, tout en favorisant la responsabilisation des différents acteurs.

## RECOMMANDATIONS

**Réconcilier** le cadre législatif et réglementaire pour une procédure plus cohérente et un partage des responsabilités, en rétablissant un avis en opportunité du régulateur régional (et non seulement en soutenabilité) sur les PPI dès lors qu'ils comportent des opérations supérieures au seuil fixé par la LPFP, soit 20 millions d'euros actuellement.

**Distinguer** les responsabilités en séparant clairement trois types de travaux et les instances qui les réalisent :

- l'analyse de l'opportunité d'un projet, qui doit se faire sur une analyse populationnelle et du patrimoine existant, sans nécessiter de préprogramme. Cette analyse est nécessairement préalable au projet immobilier ; elle génère la décision de financer ou non un projet, sans préjuger de la répartition entre financeurs ;
- l'expertise technique d'un projet, isolée et renforcée, afin que l'expertise technique soit perçue comme une aide à tous ;
- la détermination du niveau de financement par l'État, qui seule continuerait à dépendre d'une instance interne à l'administration centrale.

Le dialogue entre ces trois travaux peut être structuré avec une certaine souplesse, notamment quant au moment où intervient le cadrage du montant global du projet (qui peut être très en amont ou postérieur à l'expertise technique). Il est en revanche crucial que les expertises soient nettement distinguées de la décision financière de l'État.

**Structurer** très fortement l'expertise technique :

- en se donnant le mécanisme et les moyens d'une actualisation au fil de l'eau des principes d'équipement et des abaques de dimensionnement immobilier et financier ;
- en construisant des références sur le plan fonctionnel et donc architectural. Il s'agit là d'importer un savoir en architecture hospitalière mieux structuré ailleurs (en sollicitant les références étrangères dans ce domaine), et de structurer la montée en compétence française, par exemple avec le milieu de l'enseignement supérieur.

**Structurer** l'analyse populationnelle et du patrimoine immobilier en construisant un historique de l'investissement immobilier hospitalier permettant d'objectiver le niveau d'aide apporté par territoire et de construire des priorités en faveur de la sécurité des patients, de la qualité des organisations et du développement durable. Cette forme de planification, qui se construira progressivement, suppose également de redonner du sens à la planification sanitaire et au régime d'autorisation.

**Articuler** l'intervention du niveau national dans les projets hospitaliers avec les autres acteurs, notamment locaux. *A minima*, les calendriers de travail avec l'État doivent être coordonnés avec une phase de travail au niveau local pour finaliser le projet tant sur son aspect fonctionnel, technique que financier. De manière plus ambitieuse, il serait logique de parvenir à un mécanisme collégial de décision de financement, concomitant à une entrée dans le droit commun de ces projets, notamment en termes d'étude d'impact et d'enquête publique. Ces points sont abordés ailleurs dans le présent Livre blanc.



**ENCART 5****L'implication des fonds nationaux et régionaux dans l'investissement hospitalier**

L'analyse des subventions d'investissement enregistrées dans les comptes financiers des établissements montre une forte hétérogénéité dans l'intervention selon les régions: la proportion du FIR oscille entre 3 et 35% du total des subventions enregistrées, ce qui témoigne de logiques très différentes selon les territoires en ce qui concerne l'implication des ARS dans la modernisation de l'équipement hospitalier.

Le tableau nécessite quelques précautions de lecture, précisées ci-après pour bien comprendre le ressort des lignes FMESPP, Migac notamment.

	Île-de-France	Centre-Val-de-Loire	Bourgogne-Franche-Comté	Normandie	Hauts-de-France	Grand Est	Pays de la Loire	Bretagne	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Auvergne-Rhône-Alpes	PACA	Corse et OM	Moyenne hors IDF, Corse et OM
État	8%	28%	21%	6%	6%	7%	16%	24%	8%	20%	7%	15%	0%	12%
Régions IFSI	0%	2%	13%	0%	1%	10%	1%	0%	5%	1%	8%	0%	0%	4%
Régions autres	10%	2%	1%	4%	11%	2%	5%	3%	7%	1%	1%	0%	2%	3%
Départ	1%	8%	2%	7%	3%	14%	5%	36%	11%	6%	6%	8%	0%	8%
Communes	0%	0%	0%	6%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	1%
EPL et collectivités	12%	0%	0%	1%	1%	1%	2%	1%	2%	0%	0%	11%	0%	2%
GHT	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	2%	0%	0%	1%
Taxe apprentissage	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	7%	2%	4%	0%	0%	0%	1%
FMESPP	14%	9%	29%	45%	27%	21%	35%	12%	35%	22%	12%	10%	81%	22%
FIR	5%	12%	8%	11%	15%	16%	30%	3%	11%	32%	32%	35%	1%	23%
MIGAC	26%	13%	12%	10%	29%	15%	2%	7%	4%	5%	21%	13%	14%	14%
Autres	24%	24%	13%	10%	7%	11%	3%	7%	14%	7%	10%	7%	2%	9%

Source : DGFIP, comptes financiers 2018, répartition par financeurs des sommes des crédits inscrits aux comptes de classe 13.

L'analyse permet également de constater des spécificités régionales :

- l'implication des conseils départementaux est également inégale et peut représenter une très forte part des subventions, en particulier en Bretagne. Cette implication est à relier au degré de participation des EPS à l'offre médico-sociale, qui varie d'une région à une autre. Elle dépend également de stratégies de financement, certains départements pouvant privilégier l'appui en capital alors que d'autres interviendront par le biais de majorations de tarifs ;
- la focalisation des moyens du FMESPP au service d'opérations en Corse et dans les DOM-TOM, à l'initiative, le cas échéant, du ministère. 44% des dotations FMESPP enregistrées en 2018 visaient des opérations sur ces territoires, ce qui peut expliquer pourquoi le ministère de l'Outre-Mer est seul associé au Copermo, outre les services du Premier ministre, de la Santé et des Finances publiques.

Enfin, le degré d'implication d'autres acteurs publics locaux que les collectivités interpelle pour l'IDF et PACA, lorsque l'on sait que les clauses de compétences interdisent en principe aux intercommunalités d'intervenir financièrement en appui à l'offre de soins<sup>44</sup>.

Quelques rappels historiques et réglementaires pour comprendre ces données sont proposés en annexe<sup>45</sup>.

## 8. Structurer la recherche sur l'immobilier de santé

En termes scientifiques, l'étude du déploiement géographique de l'offre de santé (qu'elle soit somatique ou psychiatrique) et de son interaction avec les enjeux tant économiques qu'urbanistiques d'un territoire constitue un champ de recherche sous-évalué. Le recours aux soins est particulièrement marqué par des enjeux de distance, notamment pour les populations les plus vulnérables.

On peut regretter le manque d'études scientifiques sur le sujet<sup>46</sup> alors que la recherche sur les services en santé (*health services research*) a été affirmée comme un axe prioritaire de développement par les instituts thématiques concernés de l'Inserm<sup>47</sup>. C'est d'autant plus regrettable que le débat public est de manière croissante porté sur l'éloignement des services de soins par rapport aux usagers. La recherche doit être rééquilibrée : elle ne peut pas uniquement se concentrer sur les inégalités entraînées par l'éloignement des services, car si elle souhaite alimenter la décision, elle doit également chercher à déterminer la distance (ou la densité) souhaitable à partir de laquelle le meilleur bénéfice socio-économique est atteint.

L'immobilier sanitaire constitue à cet égard une piste privilégiée d'études qui, de surcroît, peut trouver rapidement une utilité importante dans la régulation sanitaire.

Quelques exemples :

- comparer des maillages extrahospitaliers en psychiatrie et leur incidence en termes de recours aux soins, en déduire les distances souhaitables en fonction de critères de densité et d'accès aux transports ;
- identifier les seuils où la distance d'accès à une pharmacie d'officine ou un laboratoire de biologie médicale soulève réellement des enjeux de sécurité ou de recours aux soins, donc de continuité du service public ;
- donner un fondement scientifique aux enjeux de distance de sécurité entre maternités et améliorer la connaissance sur les pratiques substitutives à l'échelle internationale, et les risques associés pour l'enfant et la mère ;
- alimenter la réflexion sur le maillage souhaitable en aires de pose pour les transports urgents hélicoptérés ;
- etc.

**RECOMMANDATION** Passer du mot d'ordre à l'action, en exigeant un fondement scientifique à la refonte du régime des autorisations actuellement en cours pour les activités de soins ; et organiser un recueil plus systématique des questions opérationnelles que rencontrent les ARS dans la territorialisation des soins, afin de les intégrer à la recherche en santé publique.

## 9. Outiller l'évaluation socio-économique pour éclairer la décision sur les investissements en santé

Les méthodes d'évaluation socio-économiques visent à mieux apprécier le bénéfice social d'une dépense publique, en évaluant en termes économiques les avantages que cette dépense procurera (par exemple en termes d'allongement de la durée de vie en bonne santé) et en les comparant avec les coûts occasionnés. Ces méthodes sont couramment utilisées pour les produits de santé depuis plusieurs années avant leur mise sur le marché ; elles existent également pour des projets d'investissement majeurs dans les infrastructures telles que les transports. Une harmonisation des méthodes de travail serait utile entre évaluation des produits de santé et évaluation des investissements majeurs ; à la clé, une meilleure capacité à arbitrer les priorités entre différentes dépenses en santé.

Or l'État impose aux investissements publics une évaluation socio-économique préalable depuis 2013 et la procédure d'instance interministérielle Copermo a été ajustée en conséquence ; elle est régulièrement citée, dans les rapports annexes au projet de loi de finances<sup>48</sup>, comme procédure « la plus aboutie » parmi les différentes politiques publiques d'investissement.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'inventaire publié par le Secrétariat général pour l'investissement montre la place particulière que représente l'investissement hospitalier aux côtés des autres projets nationaux ; pour rappel, les projets des collectivités et de leurs opérateurs sont exclus de la procédure.

Le SGPI a publié un guide méthodologique pour les évaluations socio-économiques<sup>49</sup> qui reste à décliner dans le champ de la santé : il interpelle dans la mesure où les critères d'évaluation obéissent aux mêmes référentiels (même si les arbitrages méthodologiques sont différents) que ceux mobilisés par la Haute Autorité de santé pour l'évaluation des produits et technologies de santé.

À terme, il faut attendre un bénéfice considérable de cette démarche : car **évaluer l'immobilier revient à mieux apprécier les organisations, et donc la part de l'intervention humaine dans les soins.**

Dans la situation actuelle, les industriels de santé disposent d'un temps d'avance dans la mise en évidence des bénéfices socio-économiques de leurs produits. Les procédures d'autorisation de mise sur le marché ont entraîné une accoutumation à ces méthodes de travail auprès des industriels.

Demander à la HAS d'assurer cette déclinaison méthodologique (et plus spécifiquement à la CEESP<sup>50</sup>), c'est l'amener à réinterroger ses propres méthodes d'évaluation économique et de recontextualiser le produit de santé dans un processus de prise en charge. Actuellement, l'évaluation des produits de santé ne tient pas assez compte des conditions de délivrance des soins : les méthodes d'évaluation présupposent l'existence d'un réseau de professionnels capables d'assurer le diagnostic, la prescription, la délivrance et la surveillance du patient, mais ces prérequis restent tacites dans l'évaluation.

Inversement, les coûts immobiliers n'ont pas de valeur intrinsèque. Ce sont les choix d'organisation, de maillage territorial, d'armement en personnel qui tout à la fois expliquent les coûts immobiliers, et qui expliquent aussi les bénéfices attendus en termes cliniques. C'est en ce sens que l'évaluation de différents scénarios d'investissement revient, *in fine*, à évaluer différents choix d'organisation territoriale de l'offre de soins.

Nous émettons l'hypothèse que l'analyse immobilière, en forçant un regard accru sur les conditions territoriales d'organisation de l'offre, amènera à mieux pondérer l'équilibre économique entre produits de santé et organisations de santé.

En outre, et comme nous l'avons déjà dit, l'évaluation socio-économique de l'immobilier hospita-

lier ouvre le débat sur les conditions territoriales d'organisation des soins. L'élaboration de critères d'implantation pourra enrichir les conditions d'octroi des autorisations en apportant un fondement plus scientifique pour les décisions des régulateurs, en l'occurrence les agences régionales de santé.

Dans de nombreuses activités de soins, il faut arbitrer entre proximité et taille critique: le fait de concentrer l'activité dans les grandes métropoles entraîne un renoncement aux soins pour certains patients et donc une perte de chance, mais, inversement, le développer dans trop de sites entraînera une perte de technicité. Trouver le « bon » curseur peut relever de l'évaluation socio-économique; et cela peut tenir compte des difficultés conjoncturelles telles que les tensions sur la démographie médicale. ●

**RECOMMANDATION** Confier à la Haute Autorité de santé une responsabilité méthodologique pour l'évaluation socio-économique des investissements, afin de décliner dans le champ sanitaire l'obligation prévue par la loi de programmation des finances publiques.



54 Conclusion

56 Glossaire

57 Notes

# Conclusion

## Comment orienter le « plan massif d'investissement » en faveur d'une architecture hospitalière fondée sur les preuves ?

Le présent rapport esquisse une série de recommandations, illustrées d'expériences étrangères, dans la gestion des implantations hospitalières publiques et le maintien d'un patrimoine immobilier à haut niveau de fonctionnalité. Notre propos s'est efforcé de démontrer le **caractère systémique d'une amélioration de l'immobilier hospitalier, qui nécessite d'associer des modifications concertées à trois niveaux** :

- dans la gouvernance territoriale et les processus décisionnels ;
- dans le management du parc immobilier hospitalier ;
- dans la conduite d'opérations et la capitalisation des expériences.

On n'obtiendra d'amélioration significative de l'immobilier hospitalier qu'en agissant sur ces trois champs, qui supposent tous de gagner en maturité et de reposer les débats à l'échelle territoriale la plus pertinente. Ce point ressort d'une importance particulière alors que le président de la République a annoncé, dans son discours prononcé à Mulhouse le 25 mars 2020, un plan massif d'investissement pour l'hôpital.

**Gageons que ce plan ne rime pas, à la différence des précédents, avec une prédilection pour des investissements eux-mêmes « massifs ».** Ce plan est indissociable d'une logique de relance économique et donc d'une urgence à agir. Mais l'hospitalier français a déjà l'expérience des plans précipités, et les récits d'investissements hospitaliers inadéquats parsèment la France ; tantôt par le choix d'implantation géographique, tantôt par leur dimensionnement, tantôt par leur montage juridico-financier hasardeux. Tous racontent l'histoire de compromis

reposant sur des dialogues imparfaits, parfois d'arbitrages hâtés par l'opportunité transitoire de certains financements. Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont déjà connu leur évaluation.

**Gageons que la résilience sera le maître mot de ce plan.** Résilience sanitaire, pour laquelle la gestion de l'épidémie aura montré que la « scalabilité » de l'armement hospitalier et la capacité à réorienter le tissu économique local sur les besoins urgents constituent les meilleurs vecteurs de réussite. L'État commençait déjà à promouvoir l'économie circulaire en déclinaison du plan Climat, mais cette impulsion prend désormais une tournure tout à fait stratégique pour éviter de reproduire les erreurs du passé. Les hôpitaux y assurent déjà un rôle essentiel dans chaque territoire, en particulier hors des métropoles – ils doivent y être soutenus, sans ingérence ni dichotomie des discours entre autorités de tutelle. Il est encore tôt pour évaluer la situation du secteur immobilier à l'issue de l'épidémie, mais on peut d'ores et déjà estimer que le tribut va être lourd à plusieurs titres : défaillances innombrables de petites entreprises décimant la capacité à organiser les travaux, difficultés d'approvisionnement en matériaux étrangers, renchérissement des coûts liés à une inflation des prix de plus en plus vraisemblable... Face à ces difficultés, l'investissement hospitalier doit servir d'opportunité pour engager les démarches d'économie circulaire.

**Gageons que les hospitaliers ne manquent pas de besoins d'investissement** à exprimer qui peuvent trouver réponse sans exagérer le recours à des plans massifs. Comme évoqué, chaque soignant vit, à des degrés variables, dans une situation permanente d'obsolescence de son

espace de travail car les pratiques soignantes sont continuellement en amélioration. En outre, les sites hospitaliers s'accommodent mal d'une action brusquée : nous nous sommes efforcés, dans nos recommandations, de faire reconnaître l'extrême complexité des hôpitaux en matière de processus et de flux, et de réclamer à ce titre une possibilité d'innover dans le dialogue entre l'utilisateur final, l'architecte et le constructeur. Les priorités à investir sont les suivantes :

- sécuriser les conditions d'exercice des soignants, en éradiquant les vecteurs de risques professionnels (la manutention excessive et les chutes restent des facteurs de pénibilité auxquels les soignants sont plus exposés que d'autres secteurs) ; les solutions sont connues mais doivent désormais être déployées avec une exigence systématique dans les hôpitaux comme les ESMS – rails de transfert, travaux d'amélioration du bâti, transports automatisés, etc. ;
- il en va de même pour les investissements de sécurité (énergie, cyberrisques, déchets... et il faudra un jour ouvrir le chantier des effluents hospitaliers) et de rénovation thermique ;
- le déploiement à grande échelle de la télémédecine, du fait du virus, a également mis en exergue l'enjeu de santé publique que représente la connexion numérique des territoires ;
- enfin, le retard pris dans le renouvellement des équipements biomédicaux (hors imagerie) est souvent criant et offre un terrain privilégié pour relancer la production industrielle française.

**Gageons que ces investissements graduels sont source d'innovation** et à terme de compétitivité, en fonctionnant par capillarité et en favorisant le dialogue entre concepteurs et utilisateurs.

**Gageons enfin que les différentes institutions qui composent l'exécutif hospitalier sauront réorganiser les processus décisionnels** pour tendre vers une priorisation des investissements factuelle, graduelle et transparente, facteur d'acceptation. Certains sites hospitaliers nécessitent des opérations majeures, mais les conditions ne sont pas réunies aujourd'hui pour savoir, au niveau national ou même régional, les caractériser, les prioriser et établir des principes de financement équilibrés. Comme évoqué au fil de nos recommandations, une remise à plat des processus décisionnels et la constitution d'un véritable inventaire d'adéquation territoriale et technique constituent des prérequis indispensables pour des règles de priorisation garantissant l'équité de traitement des Français.

Sur le plan opérationnel, nous nous sommes attachés à démontrer que l'hôpital aujourd'hui doit développer, **au côté d'une maîtrise d'usage déjà riche, une véritable maîtrise d'ouvrage à la hauteur des enjeux de la médecine scientifique qu'il héberge**. La première est issue de l'expérience quotidienne de ses professionnels soignants, administratifs et techniques ; alors qu'elle constitue un axe de développement important dans la réflexion architecturale pour les logements<sup>51</sup> ou l'enseignement<sup>52</sup>, elle est toujours fortement impliquée dans les projets hospitaliers. Elle vient se substituer à la seconde, **l'exercice d'une véritable maîtrise d'ouvrage hospitalière, qui se heurte à un problème de taille critique**.

Plusieurs de ces constats avaient déjà été esquissés il y a quinze ans, mais les solutions alors adoptées n'ont pas obtenu les résultats escomptés. **Gageons que ce débat puisse à nouveau être ouvert et que de nouvelles organisations soient expérimentées**. Le présent Livre blanc aura alors atteint ses objectifs. ●

# Glossaire

<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance	<b>H2012</b>	plan national d'investissement Hôpital 2012
<b>APD</b>	avant-projet détaillé	<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>APS</b>	avant-projet sommaire	<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la santé publique
<b>ARH</b>	agence régionale de l'hospitalisation	<b>HCERES</b>	Haut Conseil de l'évaluation, de la recherche et de l'enseignement supérieur
<b>ARS</b>	agence régionale de santé	<b>HPST (loi)</b>	loi Hôpital, patients, santé et territoires, promulguée en 2009
<b>BEFA</b>	bail en l'État futur d'achèvement	<b>ICPE</b>	installation classée pour l'environnement
<b>BIM</b>	<i>building information modeling</i>	<b>IHF</b>	association des Ingénieurs hospitaliers de France
<b>CCAG</b>	cahier des clauses administratives générales	<b>IGH</b>	immeuble de grande hauteur
<b>CCAS</b>	centre communal d'action sociale	<b>Inserm</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>CEESP</b>	Commission d'évaluation économique et de santé publique	<b>Mhab</b>	millions d'habitants
<b>CHT</b>	composants hospitaliers types	<b>MOA</b>	maîtrise d'ouvrage
<b>CHU</b>	centre hospitalier universitaire	<b>MOE</b>	maîtrise d'œuvre
<b>Citrans</b>	Comité interministériel régional de transformation des services publics	<b>MOP</b>	maîtrise d'ouvrage publique
<b>Copermo</b>	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers	<b>NHS</b>	National Health Service
<b>CPI</b>	contrat de promotion immobilière	<b>NRBC</b>	nucléaire, radiologique, bactériologique, chimique
<b>CRSA</b>	conférence régionale de la santé et de l'autonomie	<b>Oscimes</b>	Observatoire de l'immobilier de santé
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins	<b>PLF</b>	projet de loi de finances
<b>DTA</b>	directive territoriale d'aménagement	<b>PRS</b>	projet régional de santé
<b>Ehpad</b>	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>SCoT</b>	schéma de cohérence territoriale
<b>Elan (loi)</b>	loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique	<b>SGPI</b>	Secrétariat général pour l'investissement
<b>EPS</b>	établissement public de santé	<b>Sraddet</b>	schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
<b>EPIC</b>	établissement public à caractère industriel et commercial	<b>TTC</b>	toutes taxes comprises
<b>ERP</b>	établissement recevant du public	<b>TDC</b>	toutes dépenses confondues (travaux + études + taxes, assurances, acquisitions...)
<b>ESMS</b>	établissements sociaux et médico-sociaux (dont Ehpad)	<b>UAFS</b>	Union des architectes francophones pour la santé
<b>GHT</b>	groupement hospitalier de territoire	<b>USN</b>	unité de soins normalisée
<b>H2007</b>	plan national d'investissement Hôpital 2007		



## Notes

1. « Il faudra impérativement mettre fin à la périphérisation des services publics, médicaux et la paupérisation des populations de centre-ville pour que le commerce se porte bien, avec à la clé un enjeu majeur de transversalité » (FédéSCoT, « Les SCoT et l'aménagement commercial de demain », 2019).
2. Manuel Wolff, Sylvie Fol, Hélène Roth et Emmanuèle Cunningham-Sabot, « *Shrinking Cities*, villes en décroissance : une mesure du phénomène en France », *Cybergeo: European Journal of Geography*, document 661, mis en ligne le 8 décembre 2013, consulté le 14 avril 2020. <https://journals.openedition.org/cybergeo/26136#tocto2n2>
3. Parmi les lauréats du programme « Action cœur de ville », on peut noter que neuf communes ont retenu un site hospitalier pour leur appel à projets : Autun (71), Nogent-le-Rotrou (29), Nemours (77), Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane), Montélimar (26), Châlon-sur-Saône (71), Troyes (10), Cayenne (Guyane), Rochefort (17). Plusieurs autres projets ont inscrit le développement d'une offre de santé parmi leurs orientations programmatiques.
4. ANAP, « Mon observatoire du développement durable, rapport national consolidé : campagne 2019 », février 2020. <http://ressources.anap.fr/rse/publication/2717>
5. [www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-til-retningslinjer-for-lokalisering-av-statlige-arbeidsplasser-og-statlig-tjenesteproduksjon/id2600910](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-til-retningslinjer-for-lokalisering-av-statlige-arbeidsplasser-og-statlig-tjenesteproduksjon/id2600910)
6. Herbert E. Klarman, « Economic factors in hospital Planning in urban areas », *Public Health Reports*, vol. 82 (librement traduit), 1967.
7. Aurélien Delas, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques », *Hérodote*, n° 4, « Santé publique et territoires », 2011. [www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-89.htm](http://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-89.htm)
8. [www.hcspr.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20171019\\_evalimpactsantedocsplanifterrit.pdf](http://www.hcspr.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20171019_evalimpactsantedocsplanifterrit.pdf)
9. On peut même noter qu'une circulaire de 2010 sous-entend que la construction de maisons de santé relève d'une compétence communale : cf. circulaire NOR n° EATV 1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural. La CDC a publié un guide sur les différents financeurs et montages mobilisables en 2019 : [www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2019-10/19-08-098-guide%20BDT-Favoriser%20le%20C3%A9mergence%20des%20maisons%20de%20sante%20EPL-web.pdf](http://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2019-10/19-08-098-guide%20BDT-Favoriser%20le%20C3%A9mergence%20des%20maisons%20de%20sante%20EPL-web.pdf)
10. Plusieurs études explorent désormais ce phénomène – cf. le Henry Ford Health System, à Detroit, aux États-Unis, qui a réorganisé sa stratégie foncière et immobilière afin d'améliorer sa contribution au développement urbain. [www.cnu.org/publicsquare/hospital-fully-embraces-urban-planning](http://www.cnu.org/publicsquare/hospital-fully-embraces-urban-planning)
11. « Les nouveaux équipements publics ont hélas souvent suivi le mouvement de l'étalement urbain :  
- la maison de retraite du centre-bourg a été remplacée par un nouvel Ehpad au loin, sur la rocade prétendument si pratique mais qui ne permet plus le contact humain et la promenade des résidents ;  
- la maison de santé qui aurait pu réinvestir du bâti vacant de centre-bourg s'implante en périphérie, entourée de grands parkings ;  
[...] Une des principales clés de la revitalisation urbaine est la relocalisation des équipements » (ministères de la Culture et de la Cohésion des territoires, « Du centre-bourg à la ville, réinvestir les territoires : constats et propositions des architectes-conseils de l'État », 2019).  
À consulter également, la fiche 24 dans ce même rapport, qui décrit une initiative dans le Morvan : « Au lieu de créer un seul Ehpad

sur une commune-centre, la proposition de l'étude a engagé la mise au point d'unités de vie multiples, composées d'appartements, de lieux médicalisés de petite taille et investissant des îlots ou des habitations désaffectées au cœur des villages.» [www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-08/du\\_centre-bourg\\_a\\_la\\_ville\\_reinvestir\\_les%20territoires\\_juin\\_2019\\_0.pdf](http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-08/du_centre-bourg_a_la_ville_reinvestir_les%20territoires_juin_2019_0.pdf)

12. Voir le rapport préparatoire à la loi Elan ou la circulaire d'application : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir\\_44240.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44240.pdf)
13. Article L. 6141-1 du Code de la santé publique : [www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DA4F8719FD9D8D4FBACO AED788C77798.tplgfr32s\\_1?iArticle=LEGIARTI000031929329&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DA4F8719FD9D8D4FBACO AED788C77798.tplgfr32s_1?iArticle=LEGIARTI000031929329&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727)  
La lecture des évolutions successives apportées à cet article au gré des lois de réforme hospitalière montre comment les modifications apportées aux prérogatives des collectivités locales n'ont que partiellement été transposées dans le champ hospitalier.
14. Cf. décret n° 2019-769 du 24 juillet 2019 relatif au Comité interministériel régional de transformation des services publics. [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038811981&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038811981&categorieLien=id)
15. Un contentieux lancé après l'entrée en vigueur de la loi HPST a entraîné, en 2015, la sortie des établissements publics de santé du régime général d'assurance chômage. Cf. instruction n° DGOS/RH3/2015/261 du 29 juillet 2015 relative à la sortie du régime d'assurance chômage des établissements publics de santé. [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/08/cir\\_39895.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/08/cir_39895.pdf)
16. Cf. question au gouvernement posée par le député Paul Meunier en 2011 : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-118422QE.htm>
17. Cf. instruction interministérielle n° DGOS/PFI/DGFIP/CLIB/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la nomenclature M21. [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/04/cir\\_39447.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/04/cir_39447.pdf)
18. [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026597003&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026597003&categorieLien=id)
19. Cf. article R. 1211-1 et suivants du Code général de la propriété des personnes publiques ; pour les prises à bail, cf. articles correspondants R. 4111-2 et suivants. L'ANAP s'est efforcée de tirer au clair le cadre domanial applicable aux établissements publics de santé dans une publication actualisée en 2018, intitulée « Dynamisation des actifs immobiliers des établissements sanitaires et médico-sociaux - t. 3 : Fiches juridiques et techniques ». <http://ressources.anap.fr/immobilier/publication/1005>
20. Source : exploitation par ACE Santé des comptes 2018 des établissements publics de santé, transmis par la direction générale des Finances publiques.
21. Lire l'exposé des motifs de la loi de 1970, disponible sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=19920103>
22. Le glissement vers le terme de « projet d'établissement », englobant le projet de soins et le projet social, et lui associant le principe de contractualisation, apparaît lors de la loi de réforme hospitalière de 1991 (articles L. 714-4 et L. 714-11).  
Auparavant, la notion de programme avait été établie dès les ordonnances de 1958 (« l'exposé des besoins à satisfaire et la justification de son opportunité ») mais ne figurait pas parmi les attributions de la commission délibérante des établissements de santé.  
Elle est reprise parmi les attributions du conseil d'administration à partir de la loi de réforme de 1970 (« le conseil d'administration délibère sur : 1) la politique générale de l'établissement et le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire »), avec en miroir un décret

définissant la procédure d'approbation des projets d'investissement qui reprend les mêmes termes.

La définition actuelle (« détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs ») est directement reprise de la formulation de 1991. Les textes sont disponibles sur Légifrance :  
- décret n° 58-811 du 28 août 1958 relatif aux conditions d'approbation des programmes, avant-projets et projets afférents aux opérations d'équipement sanitaire et social ([www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT00000325580&pageCourante=08358](http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT00000325580&pageCourante=08358)) ;  
- loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 ([www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000874228&dateTexte=19920103](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000874228&dateTexte=19920103)) ;  
- décret n° 74-569 du 17 mai 1974 fixant les conditions d'approbation des opérations d'équipement sanitaire et social ([www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062214&dateTexte=20050725](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062214&dateTexte=20050725)).

- 23.** Pour parvenir à finaliser une première version de cet inventaire, l'État avait mobilisé fortement l'ensemble de ses opérateurs et ses services sous la supervision du réseau des finances publiques, avec un adossement à la certification des comptes. Cf. circulaire du Premier ministre du 28 février 2007 relative à la modernisation de la gestion du patrimoine immobilier de l'État. [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000641677&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000641677&categorieLien=id)
- 24.** [www.anap.fr/actualites/toute-lactu/detail/actualites/ehpad-vers-un-patrimoine-immobilier-durable-et-responsable](http://www.anap.fr/actualites/toute-lactu/detail/actualites/ehpad-vers-un-patrimoine-immobilier-durable-et-responsable)
- 25.** Code de la construction et de l'habitation, article R. 131-41 et suivants. [www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=91E78B5503522FA2338317396D6455FA.tplgfr32s\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000038818912&cidTexte=LEGITEXT000006074096&dateTexte=20200414](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=91E78B5503522FA2338317396D6455FA.tplgfr32s_1?idSectionTA=LEGISCTA000038818912&cidTexte=LEGITEXT000006074096&dateTexte=20200414)

- 26.** Code de la construction et de l'habitation, article R. 134-5-5.
- 27.** La distinction *facility/property/asset management*, issue de la sphère privée, a été reprise dans les travaux de refonte de la politique immobilière de différentes entités publiques. Elle est bien décrite dans un rapport de l'inspection générale de la Ville de Paris datant de 2009 et disponible en ligne. <https://api-site-cdn.paris.fr/images/74308.pdf>
- 28.** Disponible sur le site web de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 29.** [www.enah.eu/exchangeENAH](http://www.enah.eu/exchangeENAH)
- 30.** Florent Champy, « Commande publique d'architecture et segmentation de la profession d'architecte : les effets de l'organisation administrative sur la répartition du travail entre architectes », *Genèses*, n° 37, « Sciences du politique » (sous la dir. de Stéphane Beaud), 1999, pp. 93-113. [www.persee.fr/doc/genes\\_1155-3219\\_1999\\_num\\_37\\_1\\_1596](http://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1999_num_37_1_1596)  
Voir également les travaux de Marie-Odile Teixeira qui a consacré sa thèse à l'exercice de la maîtrise d'ouvrage par le ministère de la Santé dans les années 1960 à 1980. Parmi les documents disponibles en ligne, les actes du colloque consacré par le PUCA aux qualités architecturales en 2006. [www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_qualites\\_archi2006.pdf](http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/actes_qualites_archi2006.pdf)
- 31.** À titre d'illustration, d'après des sites web d'entreprises consultés en avril 2020, Eiffage Construction compte neuf filiales régionales et de directions spécialisées d'envergure internationale pour les grands projets ([www.eiffageconstruction.com/profil/organisation](http://www.eiffageconstruction.com/profil/organisation)), Bouygues Bâtiment est organisé en cinq filiales régionales ([www.bouygues-construction.com/groupe/filiales/nos-filiales](http://www.bouygues-construction.com/groupe/filiales/nos-filiales)), et Vinci comporte dix directions déléguées se répartissant la France ainsi qu'une division chargée des grands projets ([www.vinci-construction.fr/sites/default/files/brochures/vinci-construction-france-ra18-fr.pdf](http://www.vinci-construction.fr/sites/default/files/brochures/vinci-construction-france-ra18-fr.pdf)).

- 32.** L'approbation des programmes d'investissement par l'autorité compétente de l'État a été retirée par la loi HPST de 2009, de même que leur délibération par le conseil d'administration associant les collectivités ; elle est donc du strict ressort du directeur d'établissement. Au Royaume-Uni par exemple, l'approbation de l'échelon national est systématiquement requise pour les investissements dépassant 20 millions d'euros.
- 33.** Yasushi Nagusawa, « Global hospitals in 2050: a review of the historical development of hospital building studies from a global perspective », *Japan Architectural Review*, 10 décembre 2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/2475-8876.12131>
- 34.** PUCA, « Qualités architecturales : un enjeu pluriel entre conception et perception. Les 5 et 6 décembre 2006 », janvier 2007. [www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_qualites\\_archi2006.pdf](http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/actes_qualites_archi2006.pdf)
- 35.** Louis Omnès, *Concevoir et construire un hôpital numérique. Conception, architecture, management, ingénierie*, Eyrolles, 2016.
- 36.** « Dégager un maximum d'autofinancement à terme par une gestion interne pilotée à la marge brute non aidée demeure la clé la plus immédiate pour financer l'investissement. [...] L'établissement doit être le premier à sauvegarder ses capacités de financement pour l'avenir » (« Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier », rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, 2013). [www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P\\_Tome\\_I\\_-\\_Volume\\_I.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf)
- 37.** Cf. réunion de lancement du 16 septembre 2019 sous l'égide de la DAJ. [www.economie.gouv.fr/daj/reforme-des-ccag-reunion-de-lancement-des-groupes-de-travail](http://www.economie.gouv.fr/daj/reforme-des-ccag-reunion-de-lancement-des-groupes-de-travail)
- 38.** Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la création architecturale présenté par Patrick Bloche », 2014. [www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2070.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2070.asp)
- 39.** [www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/files/documents/jaunes-2019/jaune2019\\_investissements\\_publics.pdf](http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/jaunes-2019/jaune2019_investissements_publics.pdf)
- 40.** [www.algeco.fr/mag/architecture/le-modulaire-hospitalier-est-promis-au-plus-grand-avenir](http://www.algeco.fr/mag/architecture/le-modulaire-hospitalier-est-promis-au-plus-grand-avenir)
- 41.** Quelques articles du CSTB relatifs à ses interventions BIM :  
 - Brest : <https://recherche.cstb.fr/fr/actualites/detail/bim-centre-hospitalier-brest> ;  
 - Ajaccio : <https://recherche.cstb.fr/fr/actualites/detail/hopital-ajaccio-bim-110315> ;  
 - Aix-en-Provence : [www.cstb.fr/rapport-activite/2017/enjeux/3/breves/4](http://www.cstb.fr/rapport-activite/2017/enjeux/3/breves/4)
- 42.** [www.rics.org/globalassets/rics-website/media/knowledge/research/research-reports/building-information-modelling-to-support-healthcare-built-asset-management-rics.pdf](http://www.rics.org/globalassets/rics-website/media/knowledge/research/research-reports/building-information-modelling-to-support-healthcare-built-asset-management-rics.pdf)
- 43.** Cette obligation est la conséquence du changement de statut des EPS – désormais établissements publics de l'État – et de l'obligation imposée par la LPPF de 2012 d'une évaluation économique pour l'ensemble des projets d'investissement public hors ceux des collectivités locales.
- 44.** Cf. la réponse du ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales à la question orale au Sénat n° 08345 de Mme Sylviane Noël, « Financement par des intercommunalités de la rénovation d'un service hospitalier urgentiste », publiée dans le *JO* du 3 juillet 2019. [www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ19060834S.html](http://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ19060834S.html)
- 45.** Quelques rappels historiques et réglementaires pour comprendre ces données :  
 - Le Fonds d'intervention régional (FIR) a été inscrit dans le Code de la santé publique de manière concomitante à la transformation des ARH en ARS ; il comporte une mission relative à l'accompagnement des opérations de restructuration de l'offre de soins qui permet de financer des opérations d'investissement. Les

ARS bénéficient d'une totale fongibilité entre les différentes missions qui composent le FIR et peuvent donc ajuster leur niveau d'engagement dans des subventions d'investissement en fonction de leurs priorités. Le montant total du FIR par région comporte une part historique et une part de péréquation ajustée en fonction de critères populationnels.



- Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) relève de la prorogation de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2000 et n'est pas codifié. Visant initialement à doter les ARH de moyens d'accompagnement social de restructurations, il a rapidement été assorti d'un levier de financement des investissements, en particulier pour l'accompagnement des plans Hôpital 2007 puis Hôpital 2012, ainsi que le Plan régional d'investissement en santé mentale (PRISM). Le principe initial consistait à doter les régions d'enveloppes selon une base populationnelle, puis à déléguer la priorisation des investissements à l'échelon régional représenté par les ARH, qui pour mémoire incarnaient par leur statut de GIP un partenariat décentralisé État-Assurance maladie. Depuis la fin de ces grands plans, le pouvoir d'initiative régional sur le FMESPP a été déporté sur le FIR et la délégation des crédits FMESPP relève pour l'essentiel d'un fléchage par le ministère, hormis pour des actions ciblées telles que la sécurisation ou, en 2018, le soutien à des petites opérations sur les unités de chirurgie ambulatoire.

- Sans détailler ici l'organisation des Migac, on peut préciser que cette enveloppe intègre à la fois un fléchage de crédits par l'échelon national (notamment pour les dossiers Copermo) et des priorités assignées par les ARS; la comptabilité des EPS ne permet pas d'isoler ces différentes provenances.

- En pratique, l'enregistrement en comptabilité au niveau de l'État relève le plus souvent d'une erreur d'appréciation qui aurait dû être imputée autrement; l'État ne contribue, sur son propre budget, que de manière très exceptionnelle à l'investissement hospitalier. Le fait que ces montants sont notifiés par les ARS peut

entretenir une confusion pour les ordonnateurs lorsqu'il s'agit de choisir le compte à affecter. S'agissant des Migac et du FMESPP, il est important de garder à l'esprit qu'une partie seulement des notifications relèvent d'opérations majeures et que, le cas échéant, elles sont étalées dans le temps: les opérations Copermo font typiquement l'objet d'un étalement de la subvention FMESPP sur huit ans et des dotations AC sur vingt ans. Les montants enregistrés en 2018 peuvent donc résulter d'opérations décidées plusieurs années auparavant, jusque dans le plan Hôpital 2012 pour certains.

46. Peu d'études cherchent à extrapoler des principes d'implantation des services de santé sur la base de critères géographiques. On peut noter les travaux américains s'appuyant sur des modèles christallériens pour délimiter et hiérarchiser des zones de soins, même s'ils sont anciens, tels ceux de Margot W. Smith, « A guide to the delineation of medical care regions, medical trade areas, and hospital service areas » *Public Health Reports*, n° 3, mai-juin 1979.
47. ITMO Santé publique, « Contribution de l'ITMO Santé publique d'Aviesan à la stratégie nationale de recherche », 2013 (<https://aviesan.fr/content/download/6690/57416/file/contribution+ITMO+SP+SNR+27-05-13.pdf>). On peut noter que la recherche sur les services de santé est citée dans la « Stratégie nationale de recherche »... mais dans le chapitre consacré aux systèmes urbains durables, pas dans les orientations mises en avant par la recherche médicale: MENESR, « Livre blanc sur l'enseignement supérieur et la recherche », 2017. [https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/04/1/ESR\\_Livre\\_Blanc\\_707041.pdf](https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/04/1/ESR_Livre_Blanc_707041.pdf)
48. Pour illustration, l'annexe au PLF 2020 disponible sur le site de la direction du Budget. [www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/farandole/ressources/2020/pap/pdf/jaunes/Jaune2020\\_investissements\\_publics.pdf](http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2020/pap/pdf/jaunes/Jaune2020_investissements_publics.pdf)

- 
- 49.** France Stratégie, direction générale du Trésor, « Guide de l'évaluation socioéconomique des investissements publics », 2017. [www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-guide-evaluation-socioeconomique-des-investissements-publics-04122017\\_web.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-guide-evaluation-socioeconomique-des-investissements-publics-04122017_web.pdf)
- 50.** La Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP), placée sous la responsabilité de la Haute Autorité de santé, constituerait le lieu idoine pour assurer ce cadrage méthodologique. Lors du renouvellement de la composition de la CEESP en 2018, les membres sortants avaient publiquement émis le souhait d'un recentrage des travaux de la commission afin de ne pas être embolisés par des avis sur les produits de santé ([www.has-sante.fr/jcms/c\\_2837922/fr/quatre-orientations-pour-l-evaluation-economique-et-de-sante-publique-a-la-has](http://www.has-sante.fr/jcms/c_2837922/fr/quatre-orientations-pour-l-evaluation-economique-et-de-sante-publique-a-la-has)). Les ordres du jour du second semestre 2019 ne donnent pas le sentiment que cette inflexion s'est concrétisée.
- 51.** Nantes Habitat, « Guide de la maîtrise d'usage », 2011. [www.artfactories.net/IMG/pdf/Guide\\_maitrise-usage\\_v1.pdf](http://www.artfactories.net/IMG/pdf/Guide_maitrise-usage_v1.pdf)
- 52.** PUCA, URCAUE-IDF, « La maîtrise d'usage dans les projets d'établissements scolaires », 2013. [www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/RAP-UR-2011-BATEX-RapportFinal.pdf](http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/RAP-UR-2011-BATEX-RapportFinal.pdf)
- 





L'équipe ACE Santé intervient depuis plusieurs années pour conseiller l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire, au premier rang desquels les établissements de santé. Ce Livre Blanc se veut une contribution citoyenne pour réussir au mieux la construction des hôpitaux de demain, en tenant compte de la place de l'hôpital dans son territoire et de l'ensemble des partenaires concernés : soignants, collectivités, État, professionnels du bâtiment.