Le patrimoine hospitalier, un formidable levier d'efficience

Respecter l'héritage, inventer l'avenir

Jean-Gabriel Lévrier,
Ancien directeur d'hôpital, président-consultant de Patrimoine Performance Services (société de conseil en valorisation patrimoniale et hôtelière pour les établissements sanitaires et médicosociaux)

L'essentiel

L'enjeu est de taille : les surfaces hospitalières sont en expansion continue : 40 millions de mètres carrés au début des années 1980 à comparer aux 60 millions actuels. Il ne s'agit pas uniquement de valoriser le patrimoine en le vendant. Mais de trouver des formes différentes, générant les résultats court terme que la gestion nécessite, tout en respectant le temps long que le patrimoine impose. Valorisation qui, couplée au projet de l'établissement, s'inscrit naturellement dans le respect de l'ambulatoire, développe l'attractivité de la structure pour les patients, accompagnants et fidélise ses personnels. Respect de l'héritage et innovation patrimoniale sont très fortement liés. Nous verrons dans cet article que sur le patrimoine hospitalier, il est nécessaire de comprendre le passé pour bien bâtir l'avenir.

Mots-clés : patrimoine, endettement, expansion des surfaces, plans-masses, mitage, optimisation, Copermo investissement ou performance, schéma directeur immobilier, qualité de vie au travail (QVT).

Le patrimoine, dans les établissements sanitaires, est trop souvent perçu comme un poids. Une charge d'exploitation pour les équipes techniques qui entretiennent un bâti disséminé, « mité », coûteux, parfois vide avec des risques de « squats » et d'occupations illégales. Cette dimension péjorative le concernant s'est fortement installée dans les esprits des gestionnaires hospitaliers. Si la version « positive » du patrimoine, l'investissement, a été une cause principale de l'endettement hospitalier, nous verrons que sa version « passive », la gestion de l'héritage patrimonial, devient paradoxalement un levier important de santé financière. Le patrimoine, avec un peu de « bon sens paysan » et d'innovation peut même non seulement être un levier d'efficience, mais également d'attractivité pour les patients, leurs accompagnants et de fidélisation des personnels.

Comprendre le passé : l'investissement insuffisamment régulé a été une cause importante de l'endettement des établissements sanitaires

Des plans d'aide à l'investissement insuffisamment régulés et le choc de l'endettement massif

La gestion du patrimoine dans les établissements publics de santé a d'abord été vue sous l'angle de l'investissement et d'une logique de développement, notamment dans le cadre des grands plans patrimoniaux. C'est à la faveur d'une inflation de l'investissement, permise par les plans nationaux hospitaliers (plans Hôpital 2007, 2012), et une augmentation de l'endettement que le sujet de la nécessaire gestion financière du

patrimoine est apparu. Les établissements de santé ont bénéficié avec les plans hôpitaux 2007 et 2012 d'aides en investissement extrêmement importantes pour les moderniser. Ces plans correspondant souvent à des suites d'élection présidentielles ont, semble-t-il, pâti d'un manque de suivi, générant une situation d'endettement majeure : dérapages d'investissement au niveau local, suivi insuffisant au niveau régional, voire inexistant au niveau central. Les aides étant attribuées dans le temps, sans que la pérennité du contrôle soit assurée. La certitude en revanche a été que l'endettement a explosé. Il est concentré certes sur de très gros établissements, au premier rang desquels de nombreux centres hospitaliers universitaires (CHU). Mais il est fréquent à l'observateur hospitalier de se rendre compte, quelle que soit la taille de l'établissement, de montages immobiliers inexplicables et incontrôlés : un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) flambant neuf dans un centre hospitalier endetté construit à immédiate proximité de l'ancien Ehpad, non vidé, sans aucune destination patrimoniale arrêtée. Des établissements neufs construits avec des couloirs démesurés, des hauteurs sous plafond impressionnantes sans que les anciens bâtiments ne soient valorisés, voire vidés ou fermés. Conclusion de baux emphytéotiques pour éviter d'investir quitte à payer parfois plus du triple en exploitation que le coût de l'investissement initial avec des conventions illisibles pour le néophyte qui ont par la suite fait la fortune des cabinets d'avocats qui en devenaient l'indispensable pythie etc.

Les plans *« Hôpital 2007 »* et *« Hôpital 2012 »* se sont traduits par un emballement de la dette hospitalière, avec des taux de progression supérieurs à 15 % par an (rapport de la Cour des comptes de 2011). Cette situation a généré une réaction d'ailleurs très française. Des rapports de la Cour des comptes, du Sénat (novembre 2011), du Conseil immobilier de l'État (15 octobre 2014), des instructions DGOS[1], rapports de l'IGF[2], de l'IGAS[3] fleurissent. Tout ce que la France recèle comme autorités de contrôle, d'inspection va se réunir dans un même mouvement de critique et d'appel au nécessaire resserrement du suivi de l'investissement.

Des chiffres chocs sont convoqués dans ce mouvement assez général de stigmatisation soulignant « *qu'en dépit d'un ralentissement récent, la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 Md€ fin 2012, soit 1,4 % du PIB* ».

1- Direction générale de l'offre de soins
2- Inspection générale de la santé
3- Inspection des affaires sociales

Définition

Le « patrimoine » est entendu de façon large. Il a une dimension positive, dynamique qui est l'investissement. Le patrimoine a ce faisant également une dimension « passive ». Il est l'héritage, le fruit de cette gestion globale passée, sédimentant dans le temps l'actif de l'établissement. S'il est un témoin de la vie d'un établissement, c'est bien le patrimoine qui le reflète. Son étude dans le temps est le parfait reflet de la gestion des établissements. Il a donc une valeur « universelle » et intemporelle en ce qu'il relie la gestion des anciens, l'héritage, et la gestion des actuels.

Une réaction typiquement « française » : des textes, outils et instances pléthoriques plaçant l'investissement hospitalier en « liberté conditionnelle »

2013 sera en la matière l'année paroxystique de l'émoi et de la réaction, avec un plan étatique qui se met en place comme un rouleau compresseur, se traduisant par :

- une avalanche de texte. Il n'est que d'égrener comme un chapelet leur liste interminable (instruction n° DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé [SRIS], circulaire n° DGOS/PF1/DSS/DGFiP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers [Copermo] ; décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 ; décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, Instruction n°DGOS /PF1/MSIOS/2014/50 du 13 février 2014 relative à l'organisation des revues des projets d'investissement bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national…). Le *rapport IGAS de mars 2013* qui a préfiguré la mise en place de la doctrine Copermo est encore plus incisif dans cette description de responsabilités des dérives d'investissement.
- **Une avalanche d'outils : Ophélie** (Outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé – Législation – Indicateurs – Environnement), **Oscimes** (Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé), **AElipce** : Aider à l'amélioration de la performance des organisations…
- **Une cohorte d'instances de cadrage et de contrôle de l'investissement** : ainsi l'instruction du 28 mai 2013 met en œuvre les SRIS qui devront « *garantir la mise en cohérence de*

l'ensemble des investissements à l'échelle d'un territoire, contribuer à optimiser les décisions d'investissement… ». Des **référents ARS** doivent accompagner le déploiement de ces outils. Le Copermo et le Commissariat général à l'investissement (CGI) sont mis en place en décembre 2012 et par circulaire Copermo du 5 juin 2013, avec pour mission d'assurer le suivi technique des dossiers d'investissement hospitalier, en lien avec une contre-expertise technique indépendante et le CGI.

■ La volonté claire de ces plans est certes d'aider les EPS, mais aussi de contrôler leur politique d'investissement, avec un renforcement du pilotage national, un suivi des aides avec la mise en place notamment des Copermo « investissement » et « performance » sur l'exploitation. En ciblant les établissements en difficultés financières et en encadrant de façon drastique les modalités de leurs recours à l'investissement. L'investissement des établissements de santé est mis en liberté surveillée, conditionnelle.

Le bilan de ces outils laisse un certain goût d'inachevé

Divers rapports ont fait un bilan de ces outils d'accompagnement et encadrement de l'investissement. Le plus structurant étant certainement le rapport public de la Cour des comptes de 2018.

La preuve par les chiffres : un endettement qui s'aggrave

Ces rapports attestent de la nécessité de ces outils et instances d'encadrement mais les jugent insuffisants et appellent à leur renforcement. Si les plans H2007 et H2012 ont conduit à la désaffectation d'une partie du patrimoine historique, les surfaces sont en expansion continue : 40 millions de mètres carrés au début des années quatre-vingt à comparer aux 60 millions actuels. La Cour constate que les outils mis en place n'ont pas suffi à réduire de façon drastique les établissements en difficulté financière.

La preuve par l'image ou l'histoire d'une « métastase immobilière »

Comme ancien directeur du patrimoine immobilier et services techniques du CHU de Toulouse, j'ai coordonné avec le collègue du CHU de Limoges (M. Abdel Gaidi) une étude pour le compte de la commission infrastructure architecture (CIA, sous-commission de la conférence de DG de CHU réunissant leurs directeurs du patrimoine) sur le levier d'efficience que le patrimoine représente pour les établissements en Copermo investissement et performance. Nous avons comparé la situation de la quasi-majorité de nos collègues en superposant les plans-masses des CHU de 1940 à nos jours. Dans 80 % des cas, ces CHU ont vu une sédimentation progressive de leur actif, un syndrome d'empilement où les locaux nouveaux ne remplacent pas les anciens mais s'y superposent. Avec des coefficients d'occupations très disparates et un mitage extrêmement préoccupant : de vieux bâtiments, qui ne sont plus aux normes, mal chauffés, dans lesquels des activités tertiaires s'installent. On peut citer quelques exemples (qui ne se cantonnent pas qu'aux CHU d'ailleurs) de dissémination du bâti : au CHU de Toulouse, sur le site de Purpan, fort de 40 hectares en plein cœur de la Cité **(Tableau I)**, au CHU de Limoges : toujours plus de bâti, histoire du site principal de Dupuytren **(Tableau 2)**.

Il ne faut pas juger de façon excessive cette situation. Les aides des hôpitaux ont permis de beaucoup les moderniser, développer davantage de chambres individuelles, d'améliorer le confort. Et les crises récentes dans le monde hospitalier, un certain mal-être soignant et médical ont aussi fait apparaître un phénomène d'obsolescence de certains établissements. La ministre de la Santé a par exemple, dans les 14 mesures annoncées pour accompagner les transformations, prévu dans son axe 3 de *« réinvestir dans l'hôpital en lui donnant des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps »*. La mesure 13 vise à *relancer l'investissement courant* et 14 à *reprendre une partie de la dette pour dégager des marges de manœuvre nouvelles.*

Une fois ce contexte historique planté, il convient de se montrer humble : en effet, ce n'est pas un plan de valorisation qui va sauver un hôpital en difficulté financière et surendetté. Ce sont les mesures structurelles, de capacitaire, d'optimisations qui lui permettront de retrouver des fondements solides. Le patrimoine peut devenir un levier important de son désendettement. Et notamment une gestion en *« bon père de famille »* de ce patrimoine doit concourir à retrouver des fondements financiers solides et améliorer la santé de l'établissement.

Pour bâtir l'avenir : le patrimoine comme levier majeur de désendettement (et financement de ses investissements futurs)

Le nécessaire respect de l'héritage : le « connais-toi toi-même » patrimonial

Le patrimoine est une notion qui a un sens très vaste : il est le fruit de l'investissement et de la constitution patrimoniale. Le patrimoine des établissements a cette fonction double dans sa signification : il peut être porteur de richesse mais aussi de dette massive. Ainsi, il semble important d'envisager non pas exclusivement le patrimoine sous l'angle de l'investissement mais de regarder ce qu'il constitue. Car si l'investissement doit être encadré et restreint à des projets porteurs d'optimisation, le patrimoine doit aussi être géré dans son « volume ». Ce n'est finalement que par la valorisation d'un patrimoine obsolète que je peux dégager des marges de manœuvre et investir. Il

est quasiment normal de s'endetter quand on investit beaucoup pour construire sa maison neuve. Mais si cette maison est construite, faut-il garder l'ancienne maison, la cave non ou sous-utilisée ?

Cette thématique s'impose selon nous aux établissements en difficulté financière, en Copermo investissement ou performance, et à toute structure. Nous sommes même très étonnés que les outils de suivi des Copermo visant à débloquer de l'investissement ne recourent pas davantage à des ratios patrimoniaux (taux d'occupation, mitage etc.) avant d'accepter de débloquer des fonds complémentaires. Étonnés qu'en contrepartie de ces aides, des engagements ne soient pas demandés dans les projets liés de diminuer les volumes bâtimentaires « morts », ou dans un état moribond et qui, du fait des usages et habitudes prises, demeurent occupés. Aussi, nous pensons nécessaire, avant tout lancement de projet médical et construction d'un Schéma directeur immobilier, de faire un focus sur la version passive du patrimoine, l'héritage. Ce droit d'inventaire est assez simple à faire : il s'agit de prendre par décades les plans-masses de l'établissement, d'utiliser des ratios simples de « taux d'occupation », quelques éléments techniques d'obsolescence et de coût d'usage. Cette photographie, de la sédimentation de l'actif, ce « carbone 14 » immobilier, est une introspection nécessaire.

Réconcilier le temps long du patrimoine et le temps court de la gestion

Le patrimoine est le temps long. Un schéma directeur immobilier (SDI) doit normalement prévoir une trajectoire sur 10 ans (2 plans globaux de financement pluriannuel) et tracer un sillon patrimonial clair et cohérent, connu de toutes les équipes. Le temps de la gestion est parfois court, de même malheureusement celui des gestionnaires de ces mêmes établissements qui doivent normalement définir et tenir cette trajectoire.

Les établissements, les assistances à maîtrise d'ouvrage en matière patrimoniale ont eu une tendance naturelle à ne préconiser que des cessions, sans toujours une approche globale l'accompagnant. Les établissements se sont mis tardivement dans cette démarche, qui, si elle fonctionne pour certains biens, ne peut être adaptée pour d'autres. La cession est du *one shot*. Elle joue sur le court terme, sur le résultat de l'établissement. Or, il existe de très nombreuses autres formes de valorisation. Sur la politique immobilière de l'État, le rapport public du Sénat du 7 juin 2017 fustige un essoufflement de la politique immobilière de l'État et préconise les mesures de son renforcement avec l'introduction de la nécessaire vision de long terme. Parmi les 12 mesures préconisées dans ce rapport, 3 portent sur ce sujet. En évoquant notamment la nécessité

Tableau I - CHU de Toulouse - Site de Purpan

Période	Nb bâtiments	Surfaces SDO (m²)			% Évolution
		construites	détruites	totales	
1940	25	58 932		58 932	
1940-1981	91	96 722		155 654	+164
1981-1996	112	17 741	3 640	169 755	+11
1996-2008	102	100 588	22 995	247 348	+59
2008-2012	93	14 522	6 959	254 911	+6
2012-2016	95	130 658	3 720	381 849	+51

SDO : surfaces dans oeuvre

Tableau II - CHU Limoges, site de Dupuytren : toujours plus de bâti

Année fin de construction	Nb bâtiments	Surfaces SDO (en m²)			% évolution
		construites	détruites	totale	
1935	11	13763	0	13 763	
1975	32	143 634	0	157 397	1 043,62
1976	33	1 966	0	159 363	1,25
1977	34	5 523	0	164 886	3,47
1979	35	15 323	0	180 209	9,29
1985	36	3 706	0	183 915	2,06
1989	37	238	0	184 153	0,13
1991	39	841	0	184 994	0,46
1996	39	623	0	185 617	0,34
1999	40	867	0	186 484	0,47
2001	40	5 932	0	192 416	3,18
2002	41	258	0	192 674	0,13
2003	42	509	0	193 183	0,26
2007	43	21 471	0	214 654	11,11
2011	42	416	5 523	209 547	-2,38
2012	43	151	0	209 698	0,07
2014	43	19 540	456	228 782	9,10
2015	41	269	583	228 469	-0,14
2016	42	1852	0	230 321	0,81
2018	43	26 000	0	256 321	11,29

SDO : surfaces dans oeuvre

Si les plans H2007 et H2012 ont conduit à la désaffectation d'une partie du patrimoine historique, les surfaces sont en expansion continue : 40 millions de mètres carrés au début des années 1980 à comparer aux 60 millions actuels

Bâtiment avant : en voie de délitement

Bâtiment après : un patrimoine réinventé, tourné vers la communauté hospitalière

« d'accompagner la transition du modèle de financement de la politique immobilière de l'État des produits de cession aux produits de gestion récurrents ». Il s'agit d'introduire de nouveaux modèles que la seule cession, selon la localisation des biens concernés ou la stratégie de l'établissement. Les effets de levier financiers sur le long terme peuvent être bien supérieurs à la seule cession et améliorer de façon bien plus significative les indicateurs financiers de la structure. Le patrimoine, dans la gestion de sa version passive, l'héritage, devient ainsi le levier d'une politique interne de l'établissement.

Autre élément à intégrer : tous les établissements de santé, ou médicaux sociaux ont leur site principal classé en zone « d'intérêt collectif ». L'appellation la plus fréquente est *« l'UI1C »*. Elle nécessite ce faisant de développer des projets patrimoniaux tournés vers l'établissement et la *vocation de la zone*. Il n'est souvent pas utile de faire du logement au sein des établissements de santé, au risque de demander une fastidieuse modification ou révision de plan local d'urbanisme. Et de perdre ensuite la main des activités qui y sont faites.

Voici les enjeux des établissements que le patrimoine, dans sa version passive de l'héritage, peut accompagner :

■ Tout d'abord, l'ambulatoire. La trajectoire du plan *Ma Santé 2022* vise un développement de cette modalité de prise en charge à 70 % versus 30 % pour l'hospitalisation classique. Dans ce cadre, c'est une ré-interrogation majeure de l'utilisation des zones libérées qui se posent pour ces établissements, et de leur adaptation à ces évolutions (salons de sortie, hôtel hospitalier mais avec un modèle économique différent car l'actuel n'est pas assez viable, les services d'accueil et de confort…).

■ Ensuite, la thématique majeure des établissements publics notamment, est de développer leur attractivité pour les

patients, leurs accompagnants et leurs personnels. En effet, la lourdeur de certains rouages administratifs, l'inertie assez fréquente de la structure, la difficulté à innover, le poids politique dans la gestion qui peut générer une certaine frilosité managériale et les salaires pour les médecins bien plus attractifs dans le privé, génèrent un désamour des établissements publics. Un climat de sinistrose est parfois fortement installé. L'enjeu majeur pour les établissements de santé dans ce contexte est de fidéliser leurs personnels, de proposer des modalités d'accueil et de confort bien plus importantes aux patients et à leurs accompagnants (trop fréquemment oubliés). L'acronyme QVT (qualité de vie au travail) est souvent utilisé de façon publicitaire, sans avoir de traduction concrète. Or, nous verrons que le patrimoine est un levier majeur de cette amélioration des conditions de travail sur le site. Trop peu de services sont proposés, dans les hôpitaux souvent grands, sédimentés, multisites et où le parcours du patient n'est pas aussi évident.

■ Autre enjeu : l'ouverture sur la ville. Les établissements de santé ne doivent plus être des entités fermées, repliées sur elles-mêmes. Elles s'ouvrent sur la ville.

■ Enfin, les établissements ont souvent comme enjeu maîtriser la maîtrise de leur budget. Demande qui peut être perçue de façon malthusienne et contradictoire avec les enjeux précédemment évoqués. Une gestion patrimoniale proactive, efficace répond à une logique tant de développement durable qu'économique : *« moins de béton et plus de soignants »*. Il est quand même beaucoup plus mobilisateur pour une communauté de développer son attractivité que de rendre des postes à des endroits où ils ne devraient pas être rendus, c'est-à-dire, en immédiate proximité avec le patient.

Inventer l'avenir en respectant l'ADN des établissements : le patrimoine, levier d'efficience et d'attractivité, de qualité de vie au travail

Je citerai un exemple d'expérience immobilière menée dans un établissement de santé comme directeur du patrimoine immobilier et services techniques, et à l'époque, chef du projet *« prestations d'accueil et de confort »* dans un CHU. Il s'agit d'une expérience de gestion de long terme sur une échelle de 25 000 mètres carrés dans un bâtiment en cœur de site mais en proximité d'axes routiers et transports très fréquentés. Ce bâtiment appelé « Dieulafoy », était obsolète, occupé partiellement et allait être vidé car servant uniquement de « rocade », lieu temporaire d'hébergement le temps de travaux. La question se posait du devenir de bâtiments qui n'étaient plus aux normes et dont la réhabilitation pour de l'hospitalisation de jour coûtait 15 M d'euros et 30 M pour de l'hospitalisation traditionnelle. Ce bâtiment étant libre de toute occupation mi 2019 sans qu'aucune destinée patrimoniale ne lui soit définie après (avec une dépense d'exploitation pour son fonctionnement de 347 K euros/an).

Nous avons intégré dans notre réflexion plusieurs paramètres comme la nécessaire attractivité de l'hôpital pour les usagers et les accompagnants, le développement de services et hébergements à destination des personnels également. Il s'agissait de proposer des solutions sous forme de troisième voie entre le fait de ne rien faire et le fait de vendre, en travaillant sur des modèles alternatifs. Plutôt que de le vendre, le directeur général de l'époque avait validé un modèle différent, ambitieux, le contrat de concession de service.

Sur ce bâtiment, entièrement réhabilité, il a été proposé, par les candidats à la concession de service de développer : des espaces de rééducation fonctionnelle, sport-bien-être-détente, *life style*, *food court*, enfant, une offre tertiaire/innovation. En services, sont proposés une offre de crèche, reprenant celle existante, dans des locaux remis à neuf, un hôtel qui pourra servir d'hôtel hospitalier pour développer l'ambulatoire et accueillir les accompagnants des personnes hospitalisées. Une offre résidence senior pour créer un mix générationnel avec la crèche. Une résidence hôtelière spécialement conçue pour accueillir les patients en ambulatoire avec certaines chambres accessibles aux personnes à mobilité réduite, mais aussi destinées aux familles d'accompagnants, avec des suites familiales. Ce projet a été intégré dans le projet d'établissement 2018-2022 de l'établissement. Il propose des tarifs préférentiels aux personnels et est bien sûr tourné vers les patients et accompagnants. Le CHU reste propriétaire, mais sur le modèle des autorisations d'occupation temporaires du domaine public, perçoit une redevance sur le chiffre d'affaires des activités exploitées par un partenaire privé. Il récupère en fin de concession un bâtiment aux normes et avec des activités rentables. La comparaison financière entre la cession et la concession de services était sans appel, la concession générant plus du double de recettes par rapport à la cession. Elle concourt à l'assainissement structurel de l'établissement et respecte une vision de long terme du patrimoine.

Une mutuelle a gagné la mise en concurrence (Mutuelle nationale des hospitaliers). Elle investit, réhabilite, met en place des exploitants sur les activités générées et assure le lien avec l'établissement. Le contrat a été signé à Hôpital Expo en mai 2018. Cette expérience est un exemple de toutes les solutions qui peuvent être mises en place dans le cadre d'une gestion patrimoniale innovante, respectueuse du passé, et reliée à l'avenir. Il en existe bien d'autres, l'essentiel étant de ne pas y développer de la pure promotion immobilière mais de porter des projets liés au projet d'établissement et qui ne tournent pas le dos à sa communauté… ■