



appui santé & médico-social

STRATÉGIE POUR DES BÂTIMENTS ECONOMES ET DURABLES : SCHÉMA DIRECTEUR PATRIMONIAL

Anabelle BILLY
ANGERS HOPITECH 2014

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux



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

- L'Anap est un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat, l'Uncam, la CNSA et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux
- Elle a été créée par la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST) à partir de 3 structures : Gmsih, Mainh, Meah
- Dates-clés:
 - 21 juillet 2009 : loi HPST, article 18
 - 23 octobre 2009 : Arrêté d'approbation de la convention constitutive
- En 2014, l'équipe de l'ANAP est composée de 96 professionnels aux profils complémentaires
- L'ANAP a pour mission d'accompagner les établissements de santé et médico-sociaux et les Agences Régionales de Santé
« L'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. » (extrait de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V))

En quoi consiste l'appui à la performance?

1



Identifier / modéliser des pratiques au niveau du terrain
Concevoir des **outils et des méthodes**

2



Mettre en œuvre des projets
de **transformation pilotes**

3



Déployer à grande échelle des outils et
des méthodes

Fonctionnement en mode projet, en lien étroit avec les
professionnels de terrain et les **ARS**

Les travaux de l'ANAP

- **Un programme de travail arrêté annuellement par le Conseil d'Administration, en articulation avec le Contrat d'Objectifs et de Performance signé début 2012**

- **10 programmes contiennent les projets de l'Agence:**
 - ❖ Optimisation de l'usage des SI dans les ES et ESMS
 - ❖ **Optimisation de la gestion patrimoniale des ES et ESMS**
 - ❖ Optimisation de la GRH dans les ES et ESMS
 - ❖ Optimisation des processus opérationnels de prises en charge dans les ES et ESMS
 - ❖ Capitalisation des Projets Performance
 - ❖ Coopérations territoriales et nouveaux modes de financement
 - ❖ Parcours de personnes dans le système de santé
 - ❖ Tableaux de bord et pilotage de la performance des ES et ESMS
 - ❖ Développement des réseaux et des partenariats pour les ES et ESMS
 - ❖ Veille, innovations et recommandations dans les ES et ESMS

Les projets du programme de travail :

« optimisation de la gestion patrimoniale dans les ES/ESMS »

« optimisation de la gestion patrimoniale dans les ES/ESMS »

- Evaluation des procédures d'investissements : MOP – CR - PPP
- Aelipce : outil d'aide à la décision pour l'amélioration de la performance des organisations
- OSCIMES : Observatoire des Surfaces et Coûts de l'Immobilier des Etablissements de Santé
- Appui aux Valorisations/Cessions
- Expertise BEH et PPP
- Immobilier des EHPAD :
 - ✓ Dimensionnement et organisation en EHPAD
 - ✓ Coûts d'exploitation, de Maintenance et de GER (ES/ESMS)
 - ✓ Lien investissement et part immobilier dans le tarif Hébergement
 - ✓ Aide à la mise en place d'un inventaire patrimonial
- Appui à l'élaboration et la conception d'Ophélie

Le schéma directeur patrimonial hospitalier

- 1 - L'organisation hospitalière
- 2 - La planification hospitalière
- 3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers
- 4 - La stratégie immobilière d'un ES : une question de politique
- 5 - La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES
- 6 - Quels risques sans schéma directeur ?

1 - L'organisation hospitalière

1941 : création des établissements sanitaires et sociaux et abandon du statut d'hospice.

1958 : création des CHU

1960 : circulaire sur l'organisation de la sectorisation psychiatrique

1970 : création du service public hospitalier et de la carte sanitaire

1983 : dotation globale de financement et arrêt du financement de ES à la journée
Arrêt des modèles « Duquesne, Fontenoy, Beaune, USN »

1986 : création de la fonction publique hospitalière

1 - L'organisation hospitalière (suite)

- **Environ 2 700 établissements de santé publics et privés (entités juridiques), se répartissant en :**
 - 956 établissements publics de santé (dont 33 CHR/U, 520 CH, 90 CHS, 346 HL...) pour 60 M m²
 - 700 établissements privés à but non lucratif (ESPIC) pour 5 à 7 M m²
 - 1 047 établissements privés commerciaux pour 8 à 10 M m²
- **Quelques chiffres d'activité (2009-2010) :**
 - 15 millions de passages aux urgences, dont 3 millions de patients hospitalisés
 - 13 millions d'entrées en hospitalisation complète
 - 13 millions de venues en hospitalisation de jour
 - 18 millions de séances de traitements et cures ambulatoires (séances)
 - 3 millions de journées de prise en charge en hospitalisation à domicile
 - 44 millions de consultations et soins externes
- **Le patrimoine des établissements publics de santé :**
 - 60 millions de m² pour une valeur comptable de plus de 60 Mrd€ en 2013
 - Un pic d'investissement de 6,7 milliards d'euros en 2008 pour un total de dépenses de 56 milliards,
 - Impact des plans Hôpital 2007 (16 milliards d'euros au total –bilan intermédiaire en 2009), Santé mentale (1,5 milliards) et d'Hôpital 2012 (5 milliards 1^{ère} tranche)

2- La planification hospitalière

Deux grands objectifs :

- ✓ organiser l'offre de soins et planifier sa répartition sur le territoire en fonction de l'appréciation des besoins sanitaires de la population
- ✓ réguler les dépenses de santé

1991 : création des SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) avec renforcement du contenu des cartes sanitaires

- Obligation d'établir le projet établissement

1995 : réforme Juppé de l'hospitalisation publique et privée (substitution du budget global par les Contrats d'Objectifs et de Moyen avec des moyens tenant mieux compte de l'activité réelle des ES)

1996 : création des ARH

De 1997 à 2002 : recomposition hospitalière avec recherche de complémentarité entre les secteurs publics et privés

2- La planification hospitalière (suite)

2003 : plan Hôpital 2007 avec 3 volets :

- ✓ Réforme du mode de financement avec application de la T2A
- ✓ Réforme de la gouvernance hospitalière avec création des pôles d'activités
- ✓ Accélération de l'investissement immobilier hospitalier avec des priorités gouvernementales : Urgences, Maternité
 - suppression de la carte sanitaire
 - Ajustement des modes de coopération GCS

2007 : présentation du plan Hôpital 2012

2009 : loi HPST

- ✓ Création des ARS regroupant ARH, URCAM, missions régionales de santé MRS, groupements régionaux de santé publique GRSP, services sanitaires des DDAS et DRASS, CRAM.

2010 : 1^{er} avril – mise en place des ARS

2- La planification hospitalière (suite)

Aujourd'hui :

Une stratégie régionale et nationale des investissements en santé

□ les Schémas Régionaux d'Investissements en Santé

INSTRUCTION N°DGOS/PF1/DGCS/ 2013/216 du 28 mai 2013

- L'objectif prioritaire des SRIS est de garantir la cohérence des investissements à l'échelle d'un territoire, prévus à court et moyen terme, sur l'ensemble des champs de prise en charge, indépendamment de leurs modalités de financement, en tenant compte de leur degré de maturité respectif et de la contrainte principale de la meilleure efficacité globale pour répondre aux besoins actuels et futurs.
- Ces investissements devront être conduits sans recours à une logique de plan mobilisant massivement les finances publiques, qui comportent des effets négatifs sur la pertinence des projets (surdimensionnement) et la structure financière des établissements (surendettement). Il conviendra d'assurer une plus grande régularité ainsi qu'une plus grande sélectivité dans les choix au niveau local.

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers

- Une **nécessité d'optimisation des ressources immobilières** :
 - ✓ La modernisation de l'offre de soins et l'accélération de la construction hospitalière,
 - ✓ La mise en œuvre de la nouvelle tarification à l'activité (T2A).

- Source de financement liée à l'activité réalisée
 - Tout m² possédé doit générer une recette
 - Affecté au service public
 - Générateur de ressources DNA (Contribution aux revenus, Service d'une politique sociale, etc.)
 - Ou doit contribuer à la politique stratégique de l'établissement
 - Constitution d'une réserve foncière
 - **disparition des plans nationaux**

- **La latitude « certaine mais contrainte » des établissements de santé:**
 - Les établissements sont pleinement propriétaires
 - Une **nécessaire bonne gestion du domaine**, nécessitant des arbitrages immobiliers,
 - Une **autonomie de gestion** des EPS mais à intégrer dans une stratégie régionale et nationale

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers (suite)

➤ D'un point de vue strictement réglementaire :

➤ Hier

Une circulaire de 1993 établit que le schéma directeur doit être établi en conclusion du projet d'établissement.

En 2006, une circulaire et deux arrêtés réintroduisent la notion de plan directeur

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers (suite)

Extrait de la circulaire N°DHOS/E4/2006/422 du 20 septembre 2006 relative au contrôle des investissements des établissements publics de santé

ANNEXE 1 - Le plan directeur

L'objet du plan directeur

Ce document technique qui n'a pas une valeur normative est ici présenté dans son principe.

Le plan directeur est à l'hôpital ce que le plan d'urbanisme est à la ville. Son objectif est la mise en place d'un ensemble cohérent, répondant bien aux fonctions réelles de l'établissement de soins.

Il est le résultat d'une étude à caractère urbanistique, architectural et financier. Il intègre des objectifs et des étapes transitoires de fonctionnement. Il peut nécessiter un découpage en tranches viables permettant à l'aide de programmes d'investissement de passer de l'état existant à l'état futur pour assurer la satisfaction des besoins. C'est le produit d'un travail d'équipe garantissant un bon niveau de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (direction de l'établissement, personnel, urbanistes, architectes, techniciens).

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers (suite)

Les enjeux du plan directeur

Le plan directeur est un élément capital de la planification à long terme des programmes d'investissement d'un établissement de santé.

Son élaboration et sa remise à jour périodique constituent des éléments importants de la politique interne d'un établissement.

La transmission du plan directeur aux services de l'Etat, à l'occasion de l'approbation d'un projet d'établissement, constitue un complément important d'information leur permettant de se prononcer sur l'intégration de ce projet dans une politique d'investissement cohérente.

Le contenu du plan directeur

Le plan directeur doit faire apparaître l'organisation actuelle et future du site hospitalier en ce qui concerne :

- l'état actuel des bâtiments existants, leur utilisation future ou leur destruction et les constructions prévues sur le site avec leur affectation ;*
- la localisation et les caractéristiques principales des voies de circulation (véhicules, transports en commun, piétons), à conserver, à modifier ou à créer ;*
- le découpage en secteurs fonctionnels en relation avec les activités que doivent accueillir ces secteurs (logistique, hébergement de soins et médico-technique, espaces verts, etc.) ;*

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers (suite)

- pour les sites concernés, les contraintes de poser d'hélicoptères ;
 - les liaisons avec les voies publiques périphériques distinguant, dans la mesure du possible, les différents flux (urgences, consultants, visiteurs, logistique, transports en commun, piétons, etc...) ;
 - les règles de construction applicables à chaque secteur : SHON totale constructible, hauteur maximale des bâtiments, alignements éventuels en cohérence avec les contraintes issues des documents réglementaires d'urbanisme (espaces boisés classés, distances aux limites ou aux bâtiments voisins, COS, etc.) ;
 - les zones de stationnement de surface et (ou) à inclure dans le bâti, offrant un nombre de places cohérent avec la capacité constructible et avec les documents réglementaires d'urbanisme ;
 - les zones de rétention des eaux pluviales, éventuellement imposées par la réglementation en vigueur ;
 - les servitudes éventuelles existantes, tant en matière d'utilité publique que de droit civil.
- Le plan directeur comporte un règlement qui précise et complète les informations graphiques.**

Chaque programme d'investissement doit s'inscrire dans le plan directeur et doit faire l'objet d'une note justificative qui expose la cohérence des opérations avec les règles du plan directeur.

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers (suite)

➤ D'un point de vue strictement réglementaire :

➤ Aujourd'hui

Plus de contrôle des investissements si ce n'est au travers des PGFP et de la partie PPI.

➤ COPERMO

3 - Le contexte actuel des investissements immobiliers hospitaliers (suite)

□ le Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins

Extrait circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013

« 4.1. Les objectifs et le périmètre d'action du comité

- **L'objectif du comité est de faire progresser la performance de l'ensemble des investissements portés par les établissements de santé...**

...L'intervention du comité sur le champ des investissements répond également aux exigences nouvelles concernant la réalisation des investissements civils, posées par l'article 17 de la loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

*Il est notamment prévu que les projets des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaires font l'objet **d'une évaluation socio-économique préalable** et, lorsque leur montant dépasse un certain seuil, d'une contre-expertise indépendante préalable. Le Gouvernement transmettra au Parlement les évaluations et contre-expertises ainsi réalisées.*

Le COPERMO interviendra pour les projets suivants portés par les établissements de santé :

- *A titre principal, les projets d'un montant supérieur à 50 M€ HT travaux quel que soit leur mode de financement.*
- *A titre exceptionnel, les projets d'un montant inférieur à 50 M€ HT travaux et pour lesquels les ARS jugent que le plan de financement ne peut manifestement pas être équilibré sans un soutien national sous forme de subventions ou de conditions d'emprunt préférentielles. Pour ces projets, des critères spécifiques d'éligibilité portant notamment sur la justification de l'aide sollicitée seront posés.*

4 - La stratégie immobilière d'un ES : une question de politique

En préalable aux choix immobiliers, un questionnement sur le moyen/long terme tantôt sur un mode prévisionnel, tantôt sur un mode prospectif:

en termes démographiques (bassin de santé, médicale, soignante, etc.)

en termes d'aménagement ou d'urbanisme

en termes d'offres de soins

- ✓ Dans les activités d'aujourd'hui, qu'est ce qui peut (ou pourrait) être substitué à l'hospitalisation complète, à l'hospitalisation de jour (cf. l'inéluctable conversion de lits d'hospitalisation complète de chirurgie/médecine en places d'ambulatoire)?
- ✓ Dans la filière de prise en charge : parcours de santé

5 - La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES

▪ DEUX AXES FORTS

- **La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES : le schéma directeur patrimonial**
 - C'est un outil de moyen et long terme, révisable et qui doit permettre des adaptations
 - C'est un outil qui doit traduire spatialement les évolutions médicales et organisationnelles d'un ES
- **La professionnalisation de la fonction immobilière**
 - ✓ Un positionnement stratégique dans le pilotage d'un établissement: elle conditionne le moyen et le long terme; elle peut conduire soit à « plomber » durablement un établissement, soit lui offrir des possibilités de réaction à des évènements imprévus
 - ✓ Une fonction en interface permanente avec la stratégie médicale, les ressources financières, la fonction achat

5 - La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES (suite)

Pourquoi faire un schéma patrimonial et pour quoi faire ?

❖ **Pour savoir d'où on part et où on va !**

Structurer et maîtriser son patrimoine immobilier en termes :

- d'urgences à traiter (mise en sécurité)**
- De planification et de gestion de projets**
- De travaux de maintenance**
- De travaux de GER et/ou de travaux liés à de la fonctionnalité**
- De systèmes d'informations**

- De performances immobilières**

5 - La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES (suite)

- ❖ **Outil de gouvernance et de communication pour la direction d'un établissement de santé**
- ❖ **Outil stratégique et fondamental pour la planification et le financement des investissements**

Il doit traiter la globalité des sites de l'ES

C'est l'outil de pilotage de la direction pour les investissements immobiliers, car il doit comporter :

- une synthèse des besoins, des moyens et de la connaissance du patrimoine avec les prévisions d'évolution d'activité
- Un diagnostic multi-composantes :
 - technique du bâti (pour apprécier l'état et en faire un axe d'analyse pour déterminer le programme de travaux nécessaires au maintien du bien),
 - fonctionnel (pour identifier le niveau de prestations et le confort d'usage des bâtiments vis-à-vis des utilisateurs et des usagers et déterminer les améliorations fonctionnelles nécessaires),
 - réglementaire du bâti existant (pour identifier la situation de chacun des bâtiments en terme de respect de la réglementation, de sécurité et de sûreté et mettre en évidence les besoins d'intervention à caractère urgent),
 - économique (pour identifier des coûts d'exploitation-maintenance et / ou de détention du patrimoine),
 - Architectural et urbanistique (pour apprécier le niveau de réponse du patrimoine aux besoins en termes quantitatifs –surfaces- ou qualitatifs -localisation / implantation du patrimoine).

5 - La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES (suite)

- Une carte du patrimoine souhaitable à terme
- Une comparaison du patrimoine existant et diagnostiqué avec le patrimoine souhaitable
- Une synthèse des objectifs, des exigences et des priorités,
- Une proposition de scénarios incluant chacun une estimation financière (cf. OSCIMES) et une planification calendaire mais surtout une analyse des **risques associés**.

- Choix du scénario
- Une première faisabilité urbaine et architecturale

- **Le schéma directeur est un outil « vivant », prospectif (pluriannuel) et évolutif.**
- **Il doit donc être :**
 - adapté en comportant des lignes directrices fortes
 - Et adaptable en continu suivant les évolutions de l'ES et de son environnement (pouvoir d'intégration d'évènements extérieurs)

PPI et PGFP : les déterminants du choix du schéma directeur

- **Le Plan Pluriannuel d'Investissement**
- **Risque 1:** se focaliser sur les opérations d'investissement immobilier emblématiques
- **Risque 2 :** réduire la durée d'analyse et les durées de réalisation des projets
- **Risque 3 :** minorer les opérations majeures d'équipements hôteliers et médico-techniques associées aux opérations majeures d'investissement immobilier (idem en systèmes d'information)
- **Risque 4:** minorer les opérations courantes (immobilier, grosses réparations, mise aux normes, renouvellements, équipements, systèmes d'information)
- **Risque 5:** la prise en compte différenciée des indexations/révisions

PPI et PGFP : les déterminants du choix du schéma directeur (suite)

- **Le Plan Global de Financement Pluriannuel**
- **Risque 1:** se limiter à une durée trop courte (ex : 5 ans)
- **Risque 2 :** minorer les coûts d'exploitation/maintenance :
 - ✓ Immobilier existant
 - ✓ Liés aux nouveaux projets immobiliers
 - ✓ Liés à tous les types d'équipements (médicaux) et SI
- **Risque 3:** valoriser d'éventuelles cessions quand on en a besoin plutôt que lorsqu'elles sont plausibles
- **Risque 4 :** allonger au-delà de durées cohérentes des amortissements comptables des biens immobiliers (ex : plateau technique, logistique)
- **Risque 5:** Mal évaluer les conditions de financement (taux, durée)
- **Risque 6 :** s'assurer de la cohérence entre les charges titres 1 et 2 avec les prévisions d'activités,
- **Risque**

5 - La déclinaison de la stratégie immobilière d'un ES (suite)

- Une carte du patrimoine souhaitable à terme
- Une comparaison du patrimoine existant et diagnostiqué avec le patrimoine souhaitable
- Une synthèse des objectifs, des exigences et des priorités,
- Une proposition de scénarios incluant chacun une estimation financière (cf. OSCIMES) et une planification calendaire mais surtout une analyse des **risques associés**.

- Choix du scénario
- Une première faisabilité urbaine et architecturale

- **Le schéma directeur est un outil « vivant », prospectif (pluriannuel) et évolutif.**
- **Il doit donc être :**
 - **adapté en comportant des lignes directrices fortes**
 - **Et adaptable en continu suivant les évolutions de l'ES et de son environnement (pouvoir d'intégration d'évènements extérieurs)**

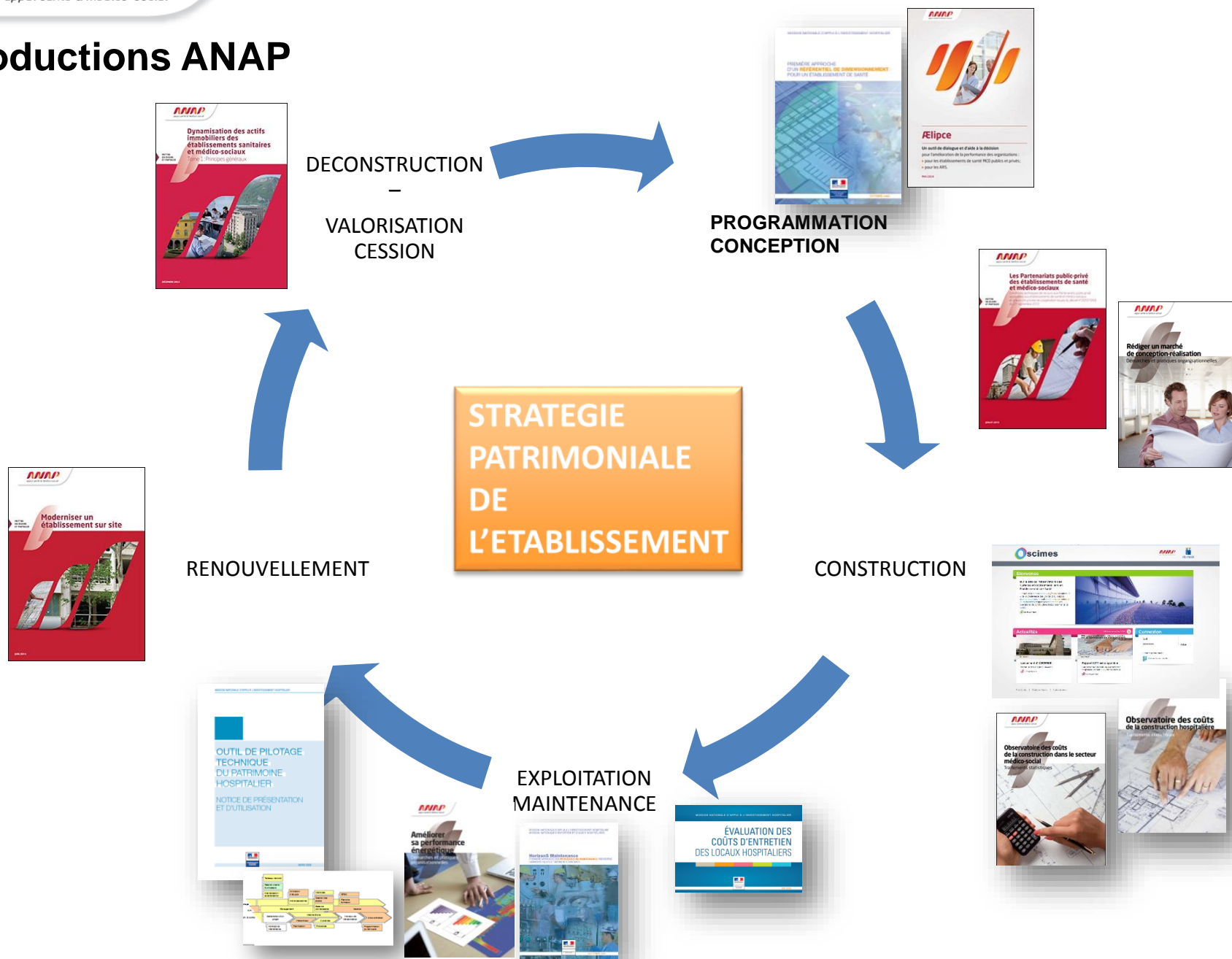
6 - Quels risques sans schéma directeur ? exemples

- **La volonté de la direction d'un ES de vouloir démarrer vite une construction sous des pressions diverses :**
 - utilisateurs,**
 - surcoûts de fonctionnement à résorber,**
 - échéances diverses type obtention d'une subvention, etc.****sans vouloir inscrire cet investissement dans une réflexion plus globale, et une élaboration d'études préalables.**

Exemple :

- **lancement d'une réhabilitation lourde avec un coût travaux plus important qu'une reconstruction complète.**
- **Ou mauvaise localisation d'une opération de reconstruction (urgences d'un CHU reconstruite entièrement 10 ans après leur mise en service)**
- **Mal anticiper son positionnement stratégique dans son environnement (activité très concurrentielle localement et surdimensionnement in fine de l'ouvrage)**
- **Coût immédiat intéressant en termes d'investissement mais sans prise en compte de l'impact sur l'organisation,**
 - augmentation de la pénibilité pour le personnel**
 - coût global supérieur**

Productions ANAP



Pour aller plus loin



<http://www.anap.fr/>

Pour nous contacter



anabelle.billy@anap.fr

Merci de votre attention !