

Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux

AVRIL 2024

2023-102R

- **RAPPORT (TOME 1)**

Stéphane
Mulliez

Thierry
Paux

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec la participation du **pôle data** de l'Igas



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 1

SYNTHÈSE

[1] L'Union européenne a fixé l'objectif d'atteindre la neutralité carbone en 2050 et de réduire ses émissions nettes de gaz à effet de serre d'au moins 55 % en 2030 par rapport à 1990. Cet objectif se traduit au niveau national par une baisse des émissions de 4 à 5 % par an. Dans le cadre de la planification écologique nationale lancée en 2022, une feuille de route ministérielle pour accélérer la transition écologique du système de santé, dont l'empreinte carbone est évaluée à 8 % des émissions nationales¹, a été présentée en mai 2023.

[2] **Cette feuille de route ministérielle prévoit d'évaluer le « Ségur de l'Investissement » pour en connaître l'impact sur les objectifs de transformation écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux.** Ce plan, lancé en 2021, vise à accélérer la transformation de l'offre de soins et d'accompagnement dans les territoires et mobilise 9,3 Mds € de crédits d'aides à l'investissement immobilier sur neuf ans, principalement déconcentrés au niveau des Agences régionales de santé (ARS), et en partie refinancés par l'Union européenne dans le cadre du plan France Relance.

[3] Trois ans après le lancement de ce plan et dans un contexte où les urgences climatiques, énergétiques et écologiques se sont intensifiées, il était demandé à la mission de procéder au bilan de la prise en compte des enjeux environnementaux dans les projets sélectionnés dans le plan Ségur et de tracer des lignes directrices opérationnelles afin de faire de ce plan un levier concret pour l'atteinte des objectifs de transformation écologique des établissements, notamment sur le plan énergétique. Au-delà du plan Ségur, il était plus globalement demandé d'identifier les leviers permettant d'accélérer la transition énergétique à l'horizon 2050 de l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux.

[4] **Au terme de ses travaux, la mission considère que la prise en compte des enjeux environnementaux dans le pilotage du plan Ségur reste encore insuffisante aujourd'hui, malgré une réelle volonté d'agir de l'ensemble des acteurs.**

[5] A son lancement dans un calendrier très contraint, le Ségur de l'investissement ne comprenait pas de réel objectif environnemental. Les instructions nationales n'ont pas encadré la prise en compte des enjeux de transition écologique. La transition écologique n'a pas non plus constitué en régions un critère déterminant dans la sélection des projets d'investissement par les ARS, même si le développement durable est davantage mis en avant dans les stratégies régionales d'investissement en santé (SRIS). En conséquence, selon un recensement effectué par la DGOS au printemps 2023, le développement durable ne constituait un des objectifs prioritaires des projets d'investissement sanitaire que pour 93 projets sur 832².

[6] Depuis, la transition écologique constitue un enjeu systématiquement abordé lors de l'instruction des projets, malgré l'absence d'objectifs et d'indicateurs communs. Des référentiels ou dossiers-types de prise en compte des enjeux environnementaux ont été développés au niveau

¹ Décarboner la santé pour soigner autrement – Rapport du Shift Project – version 2 – avril 2023.

² Une telle donnée n'est pas disponible pour les projets immobiliers des EHPAD retenus dans le cadre du Ségur.

national par le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) mais ne sont pas opposables. Les ARS ont également développé leurs propres référentiels et outils (ex. dossier type, grille d'analyse...) mais ceux-ci restent encore à ce stade hétérogènes et peu prescriptifs.

[7] En l'absence d'objectifs et d'indicateurs communs, l'évaluation de l'impact environnemental des projets, notamment en termes de réduction des consommations d'énergie ou d'émissions de gaz à effet de serre, n'est donc pas possible aujourd'hui.

[8] Pour autant, le Ségur aura un impact positif en matière de performance énergétique des bâtiments. La réglementation applicable aux opérations de rénovation ou de construction neuve permet aux bâtiments d'améliorer sensiblement leur performance énergétique. En rénovation, les travaux doivent conduire à un gain minimal de 30 % sur la consommation d'énergie du bâtiment (en application de la réglementation thermique) et, pour les constructions neuves, la nouvelle réglementation environnementale (RE 2020), qui devrait a priori être étendue aux établissements sanitaires et médico-sociaux en 2024, fixe des objectifs de performance encore plus ambitieux. Toutefois la modernisation des établissements entraîne parallèlement de nouveaux besoins en énergie, liés à la mise aux normes en termes de confort hôtelier, de sécurité des soins ou d'équipements numériques. Le solde énergétique d'une opération, intégrant les usages finaux, n'est donc pas facile à estimer.

[9] En termes d'émissions de gaz à effet de serre, les opérations de rénovation sont plus vertueuses que les constructions neuves, dont la phase de construction représente près de 80 % de la totalité des émissions carbone liées au cycle de vie d'un bâtiment neuf. Les conséquences en matière d'artificialisation des sols sont aussi à souligner. Ainsi, d'un point de vue environnemental, le plan Ségur devrait privilégier les opérations de rénovation.

[10] Cette absence de pilotage n'est pas satisfaisante dans un contexte où les établissements sont nombreux à avoir pris l'initiative d'inscrire leurs projets immobiliers dans une perspective environnementale volontariste en retenant parfois des référentiels plus ambitieux que les normes réglementaires. L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission souligne en effet que la transition écologique est devenue un levier managérial puissant et un facteur d'attractivité pour leurs établissements. La mission a pu constater que les établissements s'engagent dans des démarches de transition écologique, souvent portées par les professionnels eux-mêmes qui mesurent pleinement l'impact des changements climatiques sur la santé des populations.

[11] Enfin, le Ségur de l'investissement souffre de la comparaison avec les résultats environnementaux annoncés par les programmes de rénovation des bâtiments de l'Etat et des collectivités territoriales, également portés dans le cadre de France Relance.

[12] Au regard de l'ensemble de ces éléments, les ajustements apparaissent nécessaires afin de mieux suivre la mise en œuvre par les établissements bénéficiant de crédits Ségur des objectifs environnementaux fixés par la réglementation. Celle-ci étant très prescriptive, la mission estime qu'il serait contre-productif de fixer des objectifs supplémentaires pour les projets financés par le Ségur. Un meilleur pilotage permettrait en revanche de veiller à l'exemplarité des investissements publics et de valoriser l'impact de ce programme sur la question écologique.

[13] La mission recommande notamment de consolider un référentiel commun et opposable d'analyse des enjeux environnementaux des dossiers Ségur, gradué selon la taille des projets, de

mettre en place des indicateurs de performance environnementale, incluant notamment le gain énergétique et la baisse des émissions de gaz à effet de serre attendus, et de systématiser pour, les projets d'ampleur, la transmission d'un audit patrimonial et énergétique pour inciter les établissements à optimiser leurs surfaces et les consommations énergétiques afférentes.

[14] **La mission estime que ces recommandations peuvent être mises en place à court terme sans retarder plus avant le processus d'instruction des dossiers Ségur.** Le décalage dans le temps des projets Ségur doit pouvoir permettre cette adaptation immédiate. A l'automne 2023, seuls 26 % des projets d'investissement dans le champ sanitaire ont ainsi fait l'objet d'une validation finale, et 63 % des projets n'ont pas encore franchi la première étape d'instruction.

[15] **Au-delà du Ségur, les conditions à réunir pour que les établissements sanitaires et médico-sociaux puissent répondre à leurs obligations réglementaires en matière de transition énergétique nécessitent une action résolue.**

[16] En particulier, la mise en œuvre du décret tertiaire qui prévoit une réduction de la consommation d'énergie de 40 % en 2030, 50 % en 2040 et 60 % en 2050 par rapport à l'année de référence choisie va nécessiter un accompagnement renforcé des établissements et des investissements très conséquents pour atteindre les objectifs fixés.

[17] **Les actions prioritaires à mettre en place pour réduire les consommations énergétiques résident dans les actions de sobriété et d'optimisation de l'exploitation du bâtiment** (ex. réglages des installations techniques, petits travaux de maintenance permettant un retour sur investissement rapide). Ces actions permettent de réduire d'environ 30 % la consommation énergétique des établissements et, pour certains elles pourraient permettre d'atteindre le premier jalon du décret tertiaire en 2030, sans investissement majeur. La consommation d'énergie pour les établissements publics de santé et les EHPAD représente 2,5 Mds€ en 2022, selon une estimation de la mission, l'économie potentielle pouvant ainsi atteindre 550 M€ par an pour atteindre le premier jalon du décret tertiaire³.

[18] **Ces actions nécessitent de consolider l'accompagnement qu'apporte le réseau des 165 conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES) auprès des établissements afin d'optimiser leurs consommations d'énergie.** L'intérêt des CTEES est unanimement salué et les premiers résultats sont encourageants, alors que le réseau poursuit encore sa montée en charge.

[19] **La mission recommande donc d'élargir la couverture des établissements accompagnés par les CTEES et de prolonger leur financement, pour trois années supplémentaires,** afin de consolider les emplois, ce qui représenterait un coût de 13 M€ par an (11 M€ actuellement) à rapprocher des économies estimées pour 2022 liées à leurs actions (71 M€) et celles supplémentaires à faire à l'horizon 2030 dans le cadre du décret tertiaire.

[20] **Un programme national « certificat d'économie d'énergie » (CEE) pourrait être proposé pour financer notamment la poursuite et l'extension de ce réseau.**

³ Selon les données transmises par l'ADEME, seule la moitié du chemin pour atteindre le jalon 2030 du décret tertiaire (40 %) a été parcourue (baisse des consommations par m² de l'ordre de 18 % pour les établissements de santé et médico-sociaux entre l'année de référence choisie et 2022).

[21] **La mise en œuvre du décret tertiaire implique également de préparer un plan pluriannuel de rénovation pour surmonter l'ampleur des investissements à venir⁴.** La mission a procédé à de premières estimations de l'investissement nécessaire aux travaux lourds de rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publics (ex. actions sur l'enveloppe et le système énergétique) pour lesquels les retours sur investissement sont peu favorables. **Selon les hypothèses retenues, le coût serait compris entre 27 Mds€ et 67 Mds€ sur la période 2025 - 2050, soit un investissement annuel compris entre 1 et 2,5 Mds €⁵.** Ces estimations sont à considérer comme des ordres de grandeur, en raison des limites de l'étude et des fortes incertitudes liées au manque de données précises sur l'état du parc immobilier et de sa performance énergétique.

[22] **Les coûts d'abattement associés aux différentes hypothèses de ce scénario**, c'est-à-dire leur coût rapporté aux émissions évitées, semblent supérieurs à la valeur d'action climat (VAC) calculée par France Stratégie à l'horizon 2050 (775 €/T CO₂ évité), si bien que la rénovation complète du parc ne serait donc pas socioéconomiquement rentable, même si l'obligation réglementaire pèse sur les établissements. **La connaissance plus fine du patrimoine hospitalier et médico-social, mal connu voire inexistant, via un inventaire et une étude spécialisée, permettra de mieux cibler les opérations à mener (démolition, rénovation énergétique, rénovation globale...) et de les prioriser.**

[23] Compte tenu des montants et des limites des dispositifs de soutien financier qui leur sont accessibles, les établissements ne pourront supporter seuls ces investissements lourds. Une intervention de l'Etat apparaît inévitable, à l'instar du programme de rénovation des écoles où l'Etat intervient en appui des collectivités à hauteur de 25 % des coûts. **Une enveloppe annuelle d'aide publique comprise entre 500 et 600 M€⁶ par an jusqu'en 2050 pourrait ainsi être envisagée dans la future prochaine stratégie pluriannuelle de financement annuel de la transition écologique (SPFTE)**, qui devrait être discutée dans le cadre du projet de loi de finances 2025.

[24] **La mission recommande de fiabiliser ces estimations pour objectiver les besoins financiers pluriannuels et les prioriser.**

[25] **Enfin, la réussite de la mise en œuvre du décret tertiaire nécessite de développer les compétences au sein du système de santé.**

[26] Pour les établissements, il s'agira de s'appuyer sur les compétences mutualisées du réseau des CTEES qu'il est proposé de conforter, notamment sur les projets immobiliers. Pour les établissements médico-sociaux, cet accompagnement doit s'affranchir de l'isolement de certaines structures en s'appuyant sur les groupements territoriaux nouvellement créés par la loi.

[27] Des ressources sont également à consolider à l'échelle des ARS qui ne disposent pas des compétences requises. La mission estime que la prise en compte des enjeux environnementaux des projets immobiliers pourrait être assurée par une prolongation de certains renforts Ségur. Pour piloter plus globalement la transition écologique du système de santé, la mission

⁴ Selon le rapport Pisani-Ferry-Mahfouz, les investissements totaux nécessaires à la rénovation des bâtiments publics assujettis au décret tertiaire serait de l'ordre de 10 Mds€ par an d'ici 2030

⁵ Un scénario complémentaire calculant le coût de la rénovation globale des établissements incluant les surcoûts liés à la rénovation énergétique. Ce coût serait de 100 Mds€ d'ici 2050 (3,9 Mds€ par an).

⁶ Pour le scénario central, avec un taux d'aide de 25 %.

recommande de consolider une expertise régionale au sein même des agences ou à l'appui de structures rapprochées comme c'est le cas par exemple en Pays-de-la-Loire.

[28] L'animation nationale de cette démarche et son outillage pourraient être confiés à l'ANAP pour en faire le centre de ressources sur la transition écologique du système de santé, en lien avec les instances nationales en charge du déploiement du Ségur de l'investissement.

[29] **La mission a en effet pu mesurer une forte mobilisation des acteurs face aux défis climatiques mais avec une certaine forme de dispersion faute de cadrage national suffisamment resserré.**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Renforcer l'analyse des enjeux environnementaux dans le cadre de l'instruction des projets d'investissement immobilier				
1	Développer un référentiel commun d'analyse des enjeux environnementaux des dossiers Ségur, gradué selon la taille des projets et s'appuyant sur les travaux de mutualisation engagés par les ARS ; rendre ce référentiel obligatoire pour les établissements	1	DGOS/DGCS	2024
2	Mettre en place pour tous les projets Ségur des indicateurs de pilotage de la performance environnementale, incluant notamment la performance ou le gain énergétique attendu et la baisse des émissions de gaz à effet de serre attendue	1	DGOS/DGCS	2024
3	Systématiser pour tout projet d'investissement immobilier supérieur à 20 M€ leur validation des projets à la transmission d'un audit patrimonial et d'un audit énergétique à un stade précoce de l'instruction	2	ARS	A compter du premier semestre 2025
4	Encourager la mise en place par les ARS d'une bonification financière incitative pour les projets immobiliers exemplaires visant le niveau « bâtiment basse consommation » (BBC) dans le cadre de la directive européenne sur l'efficacité énergétique	2	DGOS/DGCS	2024
Développer la connaissance du patrimoine et des consommations énergétiques des établissements				
9	Etablir dès 2025 un état des lieux du patrimoine hospitalier et médico-social pour estimer les besoins en matière de rénovation et définir les priorités associées, en s'appuyant si possible sur l'outil PrioRéno de la Banque des territoires	1	ANAP	2024
10	Fiabiliser à terme l'inventaire du parc immobilier	2	DGOS/DGCS	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Objectiver les besoins d'investissements et préparer un plan pluriannuel de rénovation énergétique				
11	Réaliser, à partir de l'inventaire immobilier, une étude spécialisée permettant de définir les besoins financiers pour la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et de prioriser les investissements	1	DGOS/DGCS	2025
12	Préparer un plan pluriannuel de rénovation des établissements de santé et médico-sociaux, intégrant les enjeux du décret tertiaire	1	DGOS/DGCS	Second semestre 2025
Développer les compétences pour accompagner la transition écologique des établissements				
5	Poursuivre le déploiement des CTEES pour atteindre la cible de 240 conseillers et renforcer notamment l'accompagnement des établissements médico-sociaux	1	DGOS/DGCS	2025
6	Maintenir un financement national jusqu'en 2027 pour permettre l'extension du réseau des CTEES et sécuriser l'action des conseillers qui ne bénéficient pas d'un CDI, en prévoyant les modalités de financement des postes à l'issue	1	DGOS/DGCS	A compter de 2025
7	Former les CTEES à l'élaboration de plans de financement des actions de réduction des consommations d'énergie pour mobiliser les différentes aides disponibles	2	ANAP	2024/ premier semestre 2025
8	Soumettre au ministère chargé de l'énergie un programme national « certificat d'économie d'énergie », le cas échéant avec le programme ACTEE, pour financer le réseau des CTEES et des actions d'optimisation énergétique	1	ANAP	2024
13	Mobiliser progressivement le réseau des CTEES sur les enjeux environnementaux des projets d'investissement	2	ANAP/ARS	2024
14	Prolonger les postes de renfort Ségur consacrés aux enjeux environnementaux des projets et consolider au sein des ARS les	2	SGMAS/ARS	2024

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 1

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	compétences leur permettant de coordonner la transition écologique du système de santé, soit en internalisant le coordonnateur régional CTEES, soit en s'appuyant sur des structures rapprochées			
15	Proposer à l'ADEME un partenariat permettant à l'ANAP et aux ARS d'exploiter les données transmises par les établissements dans le cadre de leurs obligations réglementaires	2	DGOS/DGCS	2024
16	Faire de l'ANAP un centre d'expertise et de ressources sur la transition écologique des établissements de santé et médico-sociaux	2	DGOS/DGCS/A NAP	2025
17	Développer un volet « énergie-bâtiment » au sein du programme PHARE, en lien avec les centrales d'achat, pour développer une offre de services mutualisée, tant en termes d'ingénierie que de travaux de rénovation réplicables	2	DGOS	Premier semestre 2025

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
RAPPORT	14
1 LA TRANSITION ECOLOGIQUE FAIT L'OBJET D'UN PILOTAGE INSUFFISAMMENT MARQUE DANS LE CADRE DU SEGUR DE L'INVESTISSEMENT, MEME SI ELLE SUSCITE DE NOMBREUSES INITIATIVES LOCALES.....	17
1.1 LE SEGUR DE L'INVESTISSEMENT REPRESENTE 19 MDS€ SUR 10 ANS POUR MODERNISER ET TRANSFORMER L'OFFRE DE SOINS ET MEDICO-SOCIALE.....	17
1.1.1 <i>Plus de 9 Md€s ont été mobilisés pour financer les projets immobiliers au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux</i>	17
1.1.2 <i>Le plan Ségur s'est traduit par une forte déconcentration des aides à l'investissement</i>	17
1.2 LA TRANSITION ECOLOGIQUE N'A PAS CONSTITUE UN OBJECTIF PRIORITAIRE AU LANCEMENT DU SEGUR, PROGRAMME DE MODERNISATION DE L'OFFRE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE.....	19
1.2.1 <i>La prise en compte de la transition écologique n'a pas été encadrée par les instructions nationales</i>	19
1.2.2 <i>L'évaluation du Sécur de l'investissement dans le cadre du plan national de relance et de résilience (PNRR) ne porte pas sur les questions environnementales.....</i>	20
1.2.3 <i>Le développement durable est davantage présent dans les stratégies régionales d'investissement en santé mais n'a pas constitué un critère déterminant dans la sélection des projets.....</i>	21
1.3 DES REFERENTIELS DE PRISE EN COMPTE DU DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LES DOSSIERS SEGUR ONT ETE DEVELOPPES DEPUIS MAIS RESTENT PEU PRESCRIPTIFS.....	21
1.3.1 <i>Les référentiels nationaux en matière de développement durable ne sont pas opposables ...</i>	21
1.3.2 <i>Les référentiels régionaux prennent davantage en compte la dimension environnementale mais sont hétérogènes et pas toujours prescriptifs dans les objectifs poursuivis</i>	23
1.3.3 <i>Certaines ARS ont adopté un dispositif de bonification des projets d'investissement médico-sociaux ambitieux sur le plan environnemental.....</i>	24
1.4 L'IMPACT DU SEGUR SUR LA TRANSITION ECOLOGIQUE DES ETABLISSEMENTS EST EN CONSEQUENCE A CE STADE DIFFICILEMENT MESURABLE.....	25
1.4.1 <i>Le Sécur aura un impact environnemental nécessairement positif, même si les opérations de mise aux normes peuvent s'accompagner d'une hausse des usages.....</i>	25
1.4.2 <i>En l'absence d'objectifs et d'indicateurs communs, l'impact global ne peut être chiffré à ce stade.....</i>	28
1.4.3 <i>L'instruction des projets nationaux intègre peu la composante environnementale</i>	29
1.5 LES INITIATIVES LOCALES SONT POUR AUTANT NOMBREUSES, PARFOIS AMBITIEUSES, MAIS FRAGILISEES PAR LE CONTEXTE ECONOMIQUE ET BUDGETAIRE	31
1.5.1 <i>L'enveloppe des investissements du quotidien a été en partie mobilisée en région pour des opérations liées à la transition écologique</i>	31
1.5.2 <i>Les projets de construction ou de rénovation des établissements intègrent parfois des engagements plus exigeants que les normes réglementaires</i>	32
1.5.3 <i>Dans un contexte de hausse des coûts, la soutenabilité des projets limite les ambitions environnementales des établissements</i>	33
2 UN SUIVI PLUS RESSERRE DES OBJECTIFS ENERGETIQUES DANS LES INVESTISSEMENTS SEGUR APPARAIT AUJOURD'HUI NECESSAIRE ET POSSIBLE.....	35

2.1 LA REDUCTION DE L'EMPREINTE ENVIRONNEMENTALE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX EST INEVITABLE	35
2.1.1 <i>L'empreinte carbone du système de santé est évaluée à 8 % des émissions nationales</i>	35
2.1.2 <i>En complément de la réglementation applicable aux établissements, la feuille de route ministérielle vise la neutralité carbone du système de santé à horizon 2050.....</i>	36
2.1.3 <i>La transition écologique est devenue un levier managérial puissant.....</i>	37
2.2 LA REDUCTION DES CONSOMMATIONS ENERGETIQUES LIEES AUX BATIMENTS CONSTITUE UNE OBLIGATION MAIS EGALEMENT UNE SOURCE D'ECONOMIE SUBSTANTIELLE POUR LES ETABLISSEMENTS	38
2.2.1 <i>La réglementation fixe des objectifs ambitieux de réduction des consommations d'énergie</i>	38
2.2.2 <i>La hausse des prix de l'énergie renforce la nécessité de diminuer les consommations d'énergie des établissements</i>	39
2.2.3 <i>Les travaux de rénovation énergétiques peuvent générer des économies substantielles pour un parc immobilier vieillissant</i>	41
2.3 UN MEILLEUR PILOTAGE DE LA PERFORMANCE ENERGETIQUE DES BATIMENTS CONSTRUITS OU RENOVES DANS LE CADRE DU SEGUR APPARAIT NECESSAIRE	44
2.4 LE DECALAGE DES PROJETS SANITAIRES OFFRE UNE OPPORTUNITE POUR ORGANISER LE SUIVI ENVIRONNEMENTAL DES PROJETS SEGUR	46
3 AU-DELA DU PLAN SEGUR, LA TRANSITION ENERGETIQUE DES ETABLISSEMENTS IMPLIQUE DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INVESTISSEMENT SUPPLEMENTAIRES.....	47
3.1 LA TRANSITION ENERGETIQUE DES ETABLISSEMENTS IMPLIQUE D'ACTIVER DIFFERENTS LEVIERS	47
3.2 GENERALISER D'ICI 2027 LES ACTIONS DE SOBRIETE ET D'OPTIMISATION ENERGETIQUE EN S'APPUYANT SUR LES CTEES.....	48
3.2.1 <i>La consommation énergétique pourrait être réduite de plus de 30 % sans investissement majeur pour les établissements.....</i>	48
3.2.2 <i>Etendre le réseau des CTEES pour généraliser les actions de sobriété et d'optimisation énergétiques</i>	50
3.2.3 <i>Construire un programme national de certificat d'économie d'énergie (CEE) pour accélérer les économies d'énergie des établissements</i>	54
3.3 DRESSER SANS ATTENDRE UN INVENTAIRE DU PATRIMOINE IMMOBILIER DES ETABLISSEMENTS.....	56
3.3.1 <i>Le parc immobilier est mal connu et peu piloté.....</i>	56
3.3.2 <i>A l'échelle des établissements, les stratégies patrimoniales ne sont pas toujours approfondies</i>	57
3.3.3 <i>Formaliser une politique patrimoniale des établissements dans le cadre de la transition écologique.....</i>	58
3.4 PREPARER UN PLAN PLURIANNUEL DE RENOVATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX POUR SURMONTER L'AMPLEUR DES INVESTISSEMENTS A VENIR	60
3.4.1 <i>L'ampleur de l'investissement pour la rénovation énergétique implique de mettre en place une approche ciblée.....</i>	60
3.4.2 <i>L'investissement nécessaire à la rénovation énergétique des bâtiments ne pourra être supporté seul par les établissements.....</i>	64
3.4.3 <i>Un financement public à hauteur de 600 M€ par an jusqu'en 2050 pourrait s'inscrire dans le cadre de la future stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique.....</i>	66
3.5 DES COMPETENCES NOUVELLES A DEVELOPPER POUR GAGNER EN EFFICACITE	68
3.5.1 <i>Au niveau des établissements, disposer de compétences mutualisées pour les projets immobiliers.....</i>	68
3.5.2 <i>Au niveau régional, avoir la capacité de mieux accompagner les établissements sous l'angle de la transition écologique</i>	69

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 1

3.5.3 <i>Au niveau national, renforcer l'appui aux établissements</i>	72
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	75
SIGLES UTILISÉS	86
LETTRE DE MISSION	88

RAPPORT

Introduction

[30] Par lettre de mission du 24 octobre 2023, la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé auprès du ministre de la Santé et de la Prévention a mandaté l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour réaliser une évaluation de l'impact du Ségur de l'investissement sur la transition écologique des établissements de santé et médico-sociaux.

[31] Le plan Ségur de l'investissement, lancé en 2021, vise à accélérer la transformation de l'offre de soins et d'accompagnement dans les territoires, notamment par le financement de projets immobiliers des établissements de santé et médico-sociaux.

[32] La lettre de commande invitait la mission à établir un premier bilan de la prise en compte des enjeux environnementaux dans les projets sélectionnés dans le cadre du Ségur de l'investissement et à tracer des lignes directrices claires et opérationnelles afin de faire de ce plan un levier concret pour l'atteinte des objectifs de transformation écologique des établissements.

[33] Il était plus particulièrement demandé à la mission :

- D'analyser la prise en compte des enjeux de transformation écologique dans les stratégies régionales d'investissement en santé et dans les projets sélectionnés par les agences régionales de santé (ARS) ;
- d'évaluer les progrès attendus en matière de consommation énergétique des établissements de santé et médico-sociaux ;
- d'analyser les éventuelles difficultés dans la prise en compte de ces enjeux au moment de la constitution des dossiers par les établissements et de leur analyse par les ARS, notamment au regard des contraintes financières.

[34] En accord avec les commanditaires, la mission a principalement traité la question de la transition énergétique (réduction des consommations, décarbonation de la production d'énergie) des établissements sanitaires et médico-sociaux dans le cadre de leurs projets de rénovation ou de construction immobilière. Elle n'a pas abordé l'ensemble des questions ayant trait à la transition écologique, notamment la gestion de l'eau ou la préservation de la biodiversité.

[35] La mission s'est également intéressée à la prise en compte de ces enjeux dans le cadre de l'enveloppe dédiée aux investissements du quotidien. Elle a également cherché à identifier les leviers permettant d'accélérer la transition énergétique générale des établissements, y compris ceux qui ne bénéficient pas de crédits Ségur, conformément à la demande des administrations centrales rencontrées notamment le Secrétariat général à la planification écologique (SGPE).

[36] Pour mener à bien ses travaux, la mission a rencontré près de 200 personnes. Elle a notamment échangé avec les différents cabinets concernés (ministères chargés de la santé et de la cohésion sociale), les administrations centrales intéressées (SGPE, secrétariat général pour

l'investissement (SGPI), secrétariat général des ministères sociaux (SGMCAS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS), direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN), les principaux opérateurs nationaux impliqués (Haute autorité de santé (HAS), Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Agence de la Transition Écologique (ADEME...), le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS), ainsi que des représentants des ARS. La mission a également rencontré des représentants des établissements de santé et médico-sociaux et des organismes spécialisés dans la transition écologique.

[37] La mission s'est par ailleurs plus particulièrement intéressée au déploiement du Ségur de l'investissement dans trois régions, aux profils divers : Pays-de-la-Loire, Occitanie et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA). Dans chacune de ces régions, la mission a échangé avec l'ARS, le conseil régional et des établissements sanitaires et médico-sociaux. Des échanges supplémentaires ont parfois été organisés avec les conseils départementaux, les préfectures de région, les antennes régionales de l'ADEME. En outre, une séance de travail a été organisée avec les directeurs généraux des ARS ultramarines sur la mise en œuvre du Ségur de l'investissement dans ces territoires.

[38] Outre ces échanges, la mission a également procédé à une analyse bibliographique des différents travaux menés sur la transition énergétique des bâtiments tertiaires et a procédé à un parangonnage interministériel sur les programmes de rénovation énergétique menés dans d'autres secteurs. Elle a également procédé à une enquête auprès des ARS.

[39] Enfin, elle a analysé les données disponibles au niveau national, en exploitant notamment les tableaux de bord de la DGOS et de la DGCS, les avis du CSIS et les documents de planification ou d'instruction régionaux, ainsi que les bases de l'ANAP, de l'ADEME, le tableau de bord de la performance médico-sociale et Diamant, en s'appuyant sur le pôle Data de l'Igas.

[40] Rédigé à l'issue des travaux, le présent rapport est composé d'un rapport de synthèse et de sept annexes. Ces différents documents développent les trois points suivants :

- le Ségur de l'investissement a été conçu comme un plan de modernisation et de transformation de l'offre et non comme un plan de transition écologique. Les modalités de pilotage de la transition écologique n'ont ainsi pas fait l'objet d'un cadrage précis au lancement du plan et les perspectives d'en réaliser une évaluation robuste sont compromises à court terme (partie 1) ;
- sans définir d'objectifs environnementaux trop ambitieux, la mise en place de quelques indicateurs de pilotage simples, basés sur les exigences réglementaires, permettrait de mieux suivre la transition écologique des établissements et de valoriser l'impact environnemental des programmes d'investissement immobilier (partie 2) ;
- plus globalement, au-delà des enjeux de court terme liés au Ségur de l'investissement, l'accélération de la transition écologique des établissements nécessite une meilleure connaissance du patrimoine, un accompagnement technique renforcé et un plan d'aide à la rénovation énergétique, dans le cadre d'un pilotage plus resserré au niveau régional (partie 3).

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 1

[41] En synthèse, la mission formule 17 recommandations pour mieux piloter les enjeux environnementaux dans les projets immobiliers financés par le Sécur de l'investissement et, plus généralement, pour accélérer la transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux.

1 La transition écologique fait l'objet d'un pilotage insuffisamment marqué dans le cadre du Ségur de l'investissement, même si elle suscite de nombreuses initiatives locales

1.1 Le Ségur de l'investissement représente 19 Mds€ sur 10 ans pour moderniser et transformer l'offre de soins et médico-sociale

1.1.1 Plus de 9 Md€s ont été mobilisés pour financer les projets immobiliers au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux

[42] Suite à la présentation des mesures Ségur en juin 2020, **le plan Ségur de l'investissement est doté de 19 milliards d'Euros (Md€s) sur 10 ans, dont 6 Md€s de crédits France Relance refinancés par l'Union européenne.**

[43] **La circulaire du Premier Ministre du 10 mars 2021⁷ fixe les objectifs de ce plan d'investissement :** accélérer la transformation de l'offre de soins et d'accompagnement dans les territoires, améliorer les conditions de travail des professionnels et l'accueil des personnes.

[44] **9,3 Mds€ sont inscrits pour financer des investissements structurants dans les établissements de santé (7,5 Mds€) et les EHPAD (1,5 Mds€) et plus marginalement pour la modernisation de l'offre pour les personnes en situation de handicap (300 M€).** Les crédits destinés au secteur médico-social s'inscrivent dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

[45] **A cette enveloppe s'ajoute une ligne budgétaire de 1,5 Mds€ pour financer les « investissements du quotidien »** (ex. matériel biomédical ou numérique, rénovations légères, amélioration des conditions d'accueil ou de travail du personnel...).

[46] 6,5 Md€s ont par ailleurs été strictement consacrés à la restauration des capacités financières des établissements de santé en procédant à leur désendettement. Ces aides ont été contractualisées avec les établissements.

1.1.2 Le plan Ségur s'est traduit par une forte déconcentration des aides à l'investissement

[47] **Le plan Ségur recherche une meilleure adaptation des investissements aux besoins territoriaux de santé ainsi qu'une plus forte transversalité entre le sanitaire et le médico-social.**

⁷ Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance

[48] La circulaire du 10 mars 2021 opère dans le cadre de cet objectif une déconcentration forte de la politique de soutien aux investissements auprès des Agences régionales de santé (ARS) avec une délégation massive des crédits d’investissements à leur niveau.

[49] Pour les établissements de santé, 6,5 Md€s ont ainsi été directement délégués aux ARS et le seuil d’instruction nationale des projets a été relevé de 50 à 150 M€ HT. Pour les établissements médico-sociaux, l’ensemble des crédits ont été délégués aux ARS et l’ensemble des projets sont instruits par les ARS en lien avec la CNSA. Seul un reliquat d’un milliard d’euros a été prélevé pour constituer une réserve nationale sur le volet sanitaire.

[50] Les ARS ont été invitées à mettre en place à leur niveau une gouvernance dédiée, généralement par le biais de comités régionaux d’investissement en santé, pour mener les concertations relatives à ces investissements structurants pour les territoires, en impliquant l’ensemble des parties prenantes (ex ; représentants des établissements, des usagers, collectivités territoriales, autres administrations de l’Etat...). Ces comités ont été régulièrement réunis depuis 2021 pour partager la sélection des projets inscrits dans le cadre du Ségur et suivre leur mise en œuvre.

[51] Cet objectif de déconcentration a été suivi d’effets. Sur le champ sanitaire, 95 % des projets sont instruits en régions. A juin 2023, sur 829 projets recensés par la DGOS, 43 faisaient l’objet d’une instruction nationale au regard des montants d’opérations supérieurs à 150 M€. Sur le champ médico-social, à l’été 2023, 464 projets immobiliers d’EHPAD ont été instruits par les ARS dans le cadre des PAI 2021/2022/2023 selon le décompte partiel de la CNSA (hors données pour les régions Grand est, Martinique, Guadeloupe et Mayotte et projets 2024).

Tableau 1 : Répartition des projets par montant TDC dans le champ sanitaire

Montant des projets	Nombre de projets	En %
> 150 M€	43	5 %
100-150 M€	24	3 %
50-100 M€	70	8 %
20-50 M€	170	21 %
< 20 M€	509	61 %
<i>Non saisi</i>	13	2 %
Total	829	100 %

Source : DGOS – juin 2023

[52] Corollaire de cette déconcentration, les instances de pilotage nationales ont été adaptées.

[53] **Dans le champ sanitaire, un Conseil national de l'investissement en santé (CNIS)⁸ et un Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) ont été institués.** Rassemblant une expertise pluridisciplinaire (ex. ingénieurs, soignants...) exerçant le plus souvent en établissements, le CSIS a été missionné pour proposer des référentiels d'évaluation des projets afin de guider les ARS dans leurs tâches de sélection et de validation des projets et de suivre les projets d'ampleur nationale (> 150 M€ HT) ou dont il est saisi parfois dans une phase amont des projets.

[54] **Pour le champ médico-social, la CNSA est chargée d'établir des lignes directrices pour guider les acteurs des territoires dans la conception et la sélection des projets.** La CNSA et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ont également lancé en 2023 une Mission nationale d'appui à l'investissement médico-social (MNAI) pour renforcer l'outillage des porteurs de projet et des ARS. Financée à hauteur de 1,2 million d'euros sur la période 2023 à 2025, la mission intervient sur demande des ARS pour accompagner 60 à 80 projets par an.

[55] **Un comité de pilotage est institué pour chacun des champs, sanitaire et médico-social.** Ils sont composés des directeurs d'administration concernées et associent notamment l'IGAS et le SGPI. Les directeurs généraux des ARS ainsi que les directeurs et présidents de CME des établissements concernés sont présents lors des séances d'examen des projets sanitaires d'ampleur nationale.

1.2 La transition écologique n'a pas constitué un objectif prioritaire au lancement du Ségur, programme de modernisation de l'offre sanitaire et médico-sociale

1.2.1 La prise en compte de la transition écologique n'a pas été encadrée par les instructions nationales

[56] **Les conclusions du Ségur de la Santé présentées en juillet 2020 prévoient d'« accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux » (mesure 14).** Cette mesure incluait notamment l'évaluation des besoins en termes de rénovation énergétique en mobilisant les financements issus du plan de relance européen.

[57] **Cependant, la circulaire du Premier Ministre du 10 mars 2021 relative aux investissements Ségur ne mentionne que très ponctuellement la question du développement durable.** Ce sont en effet les enjeux de transformation de l'offre dans les territoires avec la recherche d'une plus forte proximité et d'une gradation plus fluide des soins à l'origine de cette politique d'investissement qui sont mises en avant.

[58] **Les instructions ministrielles de déclinaison de cette circulaire évoquent le développement durable comme un axe structurant de la politique d'investissement dans les territoires mais sans en définir les modalités opérationnelles de mise en œuvre.** A titre d'exemple, la note d'information n° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 relative

⁸ Sa composition est la suivante : directions d'administrations centrales des ministères en charge de la santé et de l'autonomie, direction du budget, CNAM, CNSA, deux ARS, représentants des collectivités territoriales et des usagers, fédérations sanitaires et médico-sociales et conférences des CHU et des CH.

à la stratégie régionale d'investissement demande aux ARS d'engager, à travers leurs stratégies régionales, la « *réduction de la trace environnementale de l'offre de soins dans ses différentes dimensions et prise en compte des contraintes écologiques et sociales de long terme* ». Pour autant, aucun objectif n'a été défini pour cadrer l'action des ARS.

[59] **La transition écologique ne constitue également qu'une priorité parmi d'autres des investissements du quotidien, malgré les annonces de la feuille de route ministérielle pour la transition écologique du système de santé.** Celle-ci a fixé comme objectif de prioriser en 2023 des actions d'efficacité énergétique dans le cadre des 200 M€ d'investissements du quotidien du Ségur de la santé. Pour autant, la circulaire budgétaire 2023⁹ indique que l'enveloppe de 217,9 M€ doit prioriser, outre les enjeux d'efficacité énergétique et de réduction d'empreinte environnementale, la réponse aux enjeux d'attractivité professionnelle et les besoins d'investissements en psychiatrie, et peut ainsi financer des équipements hôteliers et logistiques, équipements de systèmes d'information, matériels et équipements médicaux et biomédicaux, ce qui était déjà le cas en 2021 et 2022.

1.2.2 L'évaluation du Ségur de l'investissement dans le cadre du plan national de relance et de résilience (PNRR) ne porte pas sur les questions environnementales

[60] **Les enveloppes mobilisées dans le cadre du plan Ségur sont refinancées à hauteur de 6 Md€ par l'Union européenne dans le cadre du plan de relance européen.** A travers la facilité pour la reprise et la résilience (FRR), la Commission européenne met des fonds européens à disposition des Etats Membres pour mettre en œuvre des réformes et des investissements utiles pour préparer notamment la transition écologique.

[61] **Le volet Ségur du plan national de relance et de résilience (PNRR), présenté à la Commission européenne en 2021 par le Gouvernement, chiffre à 40 % la part des financements éligibles à la composante climatique.** Les ressources financières mobilisées par le Ségur ont ainsi vocation à concourir à l'atténuation du changement climatique et à l'adaptation à ses effets¹⁰.

[62] **Pour autant, les objectifs contractualisés dans le PNRR concernant les investissements hospitaliers et les investissements médico-sociaux ne contiennent pas d'objectifs environnementaux.** Ils sont basés uniquement sur les nombres d'établissements et de places en EHPAD effectivement créés, indépendamment de critères environnementaux. D'autres programmes d'investissement intégrés dans le PNRR, notamment la rénovation des bâtiments publics de l'Etat, retiennent en revanche des indicateurs environnementaux (ex. nombre de mètres carrés sur lesquels une action de rénovation thermique a été conduite).

[63] **L'option retenue pour la santé et l'autonomie semble donc indiquer que la transition écologique ne constitue pas un objectif en tant que tel du Ségur mais plutôt un co-bénéfice attendu de la modernisation du parc immobilier,** par ailleurs indispensable au regard de l'état de

⁹ CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2023/104 du 6 juillet 2023 relative à la première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2023.

¹⁰ Parts climatique et numérique (Tableau 2.9.1, page 619) de la composante 9 « Recherche, Ségur de la santé et Dépendance, Cohésion territoriale » du PNRR, avril 2022.

vétusté du parc immobilier des établissements, ce qui peut expliquer la prééminence de ces enjeux de mise à niveau.

1.2.3 Le développement durable est présent dans les stratégies régionales d'investissement en santé mais n'a pas constitué un critère déterminant dans la sélection des projets

[64] La mission a procédé à l'analyse des Stratégies régionales d'investissements en santé (SRIS) adoptées par les ARS en 2021. L'annexe 1 détaille ces éléments et propose in fine un tableau d'analyse de chacune des stratégies régionales.

[65] En métropole, la transition écologique est affichée comme un principe structurant de la stratégie régionale d'investissement dans la majorité des régions, en parallèle bien entendu des enjeux de transformation de l'offre. Neuf ARS métropolitaines sur treize retiennent ainsi cet axe stratégique dans leur stratégie régionale. Dans ces régions, la question de la transition écologique est appréhendée dans ses différentes composantes : consommation énergétique, gestion de l'eau, gestion des déchets, mobilités des personnels et des patients...

[66] Pour les régions ultramarines, la Martinique et la Guadeloupe présentent des stratégies intégrant les enjeux environnementaux en axant plus particulièrement les éléments de cette stratégie sur les risques naturels (cyclones, séismes, inondations...).

[67] 11 ARS sur 18 avaient donc identifié l'enjeux environnemental dans les stratégies publiées en octobre 2021.

[68] En revanche, le développement durable n'a pas constitué pour les ARS un critère prépondérant pour la sélection initiale des projets à accompagner dans le cadre du Ségur, selon une enquête menée par la mission auprès des ARS (cf. annexe 2). Seule l'ARS Nouvelle-Aquitaine déclare avoir pris en compte de manière prépondérante ce critère. Les autres ARS indiquent avoir pris en compte ce critère mais de manière peu prépondérante (9) ou ne pas l'avoir du tout pris en compte dans la sélection des dossiers (6).

1.3 Des référentiels de prise en compte du développement durable dans les dossiers Ségur ont été développés depuis mais restent peu prescriptifs

1.3.1 Les référentiels nationaux en matière de développement durable ne sont pas opposables

[69] Tout projet d'investissement public supérieur à 20 M€ HT doit comporter un dossier d'évaluation socio-économique¹¹ qui doit notamment présenter l'exposé détaillé du projet d'investissement, les variantes et alternatives au projet d'investissement, les principales données

¹¹ 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

sur son dimensionnement et son calendrier prévisionnel, des indicateurs socio-économiques pertinents, des indicateurs de performance au regard des politiques publiques et une cartographie des risques.

[70] Il n'existe pas aujourd'hui de référentiel interministériel permettant d'évaluer l'impact environnemental d'un projet d'investissement public. Le décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics ne fixe pas en effet précisément d'objectifs de développement durable, notamment en termes d'indicateurs socio-économiques ou de risques à prendre en compte dans les dossiers d'évaluation socio-économique.

[71] **Plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission ont par ailleurs souligné la difficulté de mise en œuvre du décret n°2023-1211 dans le cadre du Ségur.** Pour les projets supérieurs à 100 M€ HT, les dossiers socio-économiques sont contre-expertisés par des experts indépendants mandatés par le Secrétariat général pour l'investissement (SGPI). Or, le seuil retenu pour l'instruction nationale des dossiers Ségur étant de 150 M€ HT, la procédure d'instruction des dossiers compris entre 100 et 150 M€ s'est complexifiée.

[72] **En l'absence de référentiel interministériel, des référentiels ministériels ont été développés.**

[73] **Le CSIS a élaboré un référentiel relatif au développement durable en 2022 mais sans que celui-ci ne soit opposable aux établissements.** Ce référentiel est une grille méthodologique destinée à intégrer les enjeux de développement durable et de responsabilité sociétale des établissements (RSE) dans les projets immobiliers. Il précise de manière très exhaustive un grand nombre d'items sans priorisation par ailleurs : sobriété et performance énergétiques des bâtiments, empreinte carbone des constructions, résilience des établissements face au dérèglement climatique, gouvernance mise en œuvre dans les établissements. Les attendus sont décrits à chaque stade d'instruction des projets. Il n'engage pas en revanche les établissements sur des objectifs de résultats. Le référentiel proposé par le CSIS se décline aux différents stades d'instruction des dossiers Ségur.

Etapes d'instruction des dossiers Ségur

La circulaire du 30 mars 2021 prévoit un processus d'instruction des projets supérieurs à 20 M€ HT articulé autour de trois étapes :

- Etape 1 - validation du schéma directeur immobilier, qui présentera les grandes orientations du projet de territoire et de l'opération ;
- Etape 2 - validation du préprogramme, sur la base d'un dossier-type, qui sera proposé par le conseil scientifique comprenant notamment : Organisation territoriale des activités qualitative et quantitative en déclinaison du projet d'organisation territoriale et du projet médico-soignant de l'établissement – Options immobilières retenues au regard de l'organisation médico-soignante envisagée : description de l'organisation fonctionnelle générale du projet, préprogramme, dimensionnement surfacique macro, dimensionnement financier, ordonnancement, planning – Soutenabilité financière ;
- Etape 3 - validation du programme technique détaillé (PTD), sur la base d'un rapport d'évaluation socio-économique préalable.

[74] **Ce référentiel n'est pas opposable aux établissements. Au regard de ses investigations, la mission estime que ce référentiel a rarement été renseigné par les établissements et instruit par les ARS.** Le CSIS n'a pu indiquer à la mission la proportion des projets Ségur ayant renseigné, en tout ou partie, le référentiel proposé. En pratique, le comité de pilotage du CNIS souligne fréquemment dans ses avis sur les projets nationaux la prise en compte par les établissements de la question du développement durable mais invite systématiquement les établissements à structurer davantage ces objectifs et à définir des indicateurs chiffrés.

[75] **Pour le champ médico-social, la CNSA a diffusé aux ARS et aux établissements un dossier-type de demande d'investissement au titre du PAI 2023.** Ce dossier comporte des items portant sur l'efficacité énergétique recherchée par le projet. En pratique, ces items ne sont pas suivis au niveau national. Le suivi partagé avec la DGCS des projets d'investissements Ségur se concentre sur le nombre de places créées au sein des nouveaux établissements, en lien avec l'indicateur retenu dans le cadre du PNRR (cf. supra point 1.2.2). **La branche autonomie dispose en revanche depuis 2009 des Tableaux de bord de la performance** des établissements et services médico-sociaux qui se sont enrichis à compter de 2023, pour les données concernant 2022, d'indicateurs très concrets sur les questions énergétiques (mode de chauffage, présence d'un système de rafraîchissement, isolation, consommations d'énergie...).

1.3.2 Les référentiels régionaux prennent davantage en compte la dimension environnementale mais sont hétérogènes et pas toujours prescriptifs dans les objectifs poursuivis

[76] **Dans le cadre du questionnaire qui leur a été adressé, l'ensemble des ARS déclarent avoir intégré la question de la transition écologique dans leur processus d'instruction des projets d'investissements structurants dans la continuité de leurs stratégies régionales.**

[77] **Les données prises en compte dans les dossiers portent majoritairement sur des éléments généraux sur l'impact environnemental du projet.** Certaines agences ont toutefois sollicité des données sur l'évolution prévisionnelle des émissions de gaz à effet de serre (3 ARS), des consommations énergétiques (4 d'entre elles) ou ont invité les établissements à inscrire leur projet dans le cadre d'un label environnemental (3 ARS).

[78] **Les ARS rencontrées par la mission ont souligné la qualité du référentiel développement durable développé par le CSIS mais ont regretté son format peu pratique pour l'instruction des dossiers d'investissement sanitaire, notamment pour les projets de faible montant.**

[79] **Les ARS ont ainsi développé leurs propres référentiels** et outils pour évaluer les enjeux et objectifs de transition écologique des projets (ex. dossier type, grille d'analyse...).

[80] **En conséquence, les outils développés par les ARS diffèrent d'une région à l'autre et en fonction des projets** (sanitaire ou médico-social, montants financiers du projet...), selon l'analyse réalisée par la mission (cf. annexe 1) :

- si les questions de gouvernance, de performance énergétique, de réduction des émissions de gaz à effet de serre et d'adaptation au réchauffement climatique sont généralement abordées, les questions relatives à la gestion de l'eau, des déchets ou de santé-environnement sont moins souvent traitées ;

- certaines ARS demandent principalement une description générale des actions de développement durable prévues par les établissements, alors que d'autres ARS prévoient des questionnaires plus précis ;
- certaines ARS ont défini leurs attendus spécifiques pour chaque étape des projets, alors que d'autres prévoient plutôt de procéder à une analyse globale en phase 1 et d'assurer un suivi par la suite.

[81] **En outre, la définition d'objectifs environnementaux n'est pas généralisée.** Certaines ARS incitent les établissements à s'engager dans des labels soutenus par l'ARS qui comportent des objectifs quantifiés. C'est le cas notamment de l'ARS Nouvelle-Aquitaine qui développe avec l'AFNOR un référentiel environnemental pour l'hébergement et la restauration des établissements sanitaires et médico-sociaux. D'autres ARS demandent aux établissements de s'engager sur des objectifs environnementaux précis et sur la mise en place d'un commissionnement spécialisé sur toute la phase de mise en œuvre du projet (ex. ARS Pays de la Loire). Enfin certaines ARS questionnent l'établissement sur la conformité de leur projet aux objectifs réglementaires mais sans recueillir et suivre les indicateurs associés.

[82] **Conscientes de cette hétérogénéité des pratiques, trois ARS (Occitanie, Bretagne, Ile de France) développent un référentiel commun** pour la prise en compte du développement durable dans les projets immobiliers. Tout en s'appuyant sur les travaux du comité scientifique, ces trois ARS souhaitent pouvoir proposer un outil plus opérationnel. **Ce référentiel est destiné aussi bien aux établissements dans leurs différentes phases de travaux sur les projets immobiliers qu'aux personnes en charge de l'instruction de ces dossiers.** Il a vocation à être utilisé comme check-list ou (auto) évaluation sur l'ensemble des dimensions relatives au développement durable et de suivre cette mesure dans le temps. L'ARS Bretagne prévoit de rendre cet outil opposable aux établissements aux différentes étapes d'instruction des projets immobiliers.

1.3.3 Certaines ARS ont adopté un dispositif de bonification des projets d'investissement médico-sociaux ambitieux sur le plan environnemental

[83] **Les ARS Pays-de-la-Loire et Nouvelle-Aquitaine ont mis en place une bonification pour les projets médico-sociaux présentant une forte dimension environnementale dans le cadre du PAI ou à l'appui de crédits non reconductibles pouvant représenter jusqu'à 6 % de la dépense subventionnable.** L'accord de la bonification sera décidé à l'issue de l'instruction et le versement des bonifications sera conditionné à la fourniture des pièces justificatives par l'établissement.

[84] **En Pays-de-la-Loire, la bonification de l'aide pourra aller jusqu'à 6 % de la dépense subventionnable** sous réserve que les porteurs de projets s'engagent :

- soit à atteindre et faire certifier leur bâtiment par le label PassivHaus¹² (pour les bâtiments neufs ou partie de bâtiments neufs) et EnerPHit (pour les bâtiments rénovés ou parties de bâtiments rénovés) et s'adjointre les compétences d'un AMO Environnement spécialisé indépendant de la maîtrise d'œuvre ;

¹² Le label est présenté en annexe 3.

- soit à s'engager à atteindre des objectifs supérieurs aux exigences réglementaires dans un ou plusieurs domaines : performance énergétique, matériaux bas carbone, proposition libre et innovante en lien avec le bâtiment durable.

[85] **En Nouvelle-Aquitaine, la bonification a été mise en œuvre à compter de 2022, à l'aide de crédits non reconductibles médico-sociaux (5 M€).** Le taux de bonification est compris entre 1 et 5 % de la dépense subventionnable pour les projets du secteur des personnes âgées dont le volet environnemental a été considéré comme remarquable par un jury mis en place par l'ARS.

[86] Entre 2021 et 2023, 38 EHPAD de ces deux régions ont bénéficié de ce type de bonifications pour un montant de près de 11 M€ sur la période.

1.4 L'impact du Ségur sur la transition écologique des établissements est en conséquence à ce stade difficilement mesurable

1.4.1 Le Ségur aura un impact environnemental nécessairement positif, même si les opérations de mise aux normes peuvent s'accompagner d'une hausse des usages

[87] **L'annexe 3 présente les principales réglementations énergétiques applicables aux bâtiments tertiaires.** La réglementation poursuit notamment les objectifs suivants :

- améliorer la performance énergétique du bâtiment pour faire baisser les consommations ;
- diminuer l'impact sur le climat des bâtiments en prenant en compte l'ensemble des émissions du bâtiment sur son cycle de vie, de la phase de construction/rénovation à la fin de vie (matériaux de construction, équipements), en passant par la phase d'exploitation (chauffage, eaux chaude sanitaire, climatisation, éclairage...), via une analyse en cycle de vie (ACV). Il s'agit d'inciter à des modes constructifs qui émettent peu de gaz à effet de serre ou qui permettent d'en stocker tels que le recours aux matériaux biosourcés et de limiter la consommation de sources d'énergie carbonées ;
- améliorer le confort d'été pour adapter le bâtiment aux fortes chaleurs dans le cadre du changement climatique.

[88] **Chaque construction neuve doit ainsi respecter un certain niveau de performance énergétique, inscrit dans la réglementation thermique 2012 (RT2012),** qui fixe des exigences de résultats en matière de conception du bâtiment, de confort et de consommation d'énergie. **L'exigence de consommation maximale d'énergie primaire est fixée 50 kWhEP/m²/an et est modulée selon différents facteurs (ex. localisation géographique, altitude, type d'usage du bâtiment, surface moyenne...).** Elle porte sur les consommations de chauffage, de refroidissement, d'éclairage, de production d'eau chaude sanitaire et d'auxiliaires (pompes et ventilateurs). La RT 2012 impose, en plus de l'optimisation du bâti, le recours à des équipements énergétiques performants.

[89] **La RT 2012 est progressivement remplacée par nouvelle réglementation environnementale (RE 2020) mise en place en 2020.** Alors que la Réglementation thermique 2012 concernait

principalement les aspects thermiques et l'isolation du bâti, la RE 2020 a pour ambition de limiter la consommation énergétique et l'empreinte environnementale des bâtiments neufs. Il s'agit de mettre en œuvre le principe des bâtiments à énergie positive, appelé aussi « BEPOS » qui sont des bâtiments produisant plus d'énergies qu'ils n'en consomment pour les besoins électriques et thermiques.

[90] La RE 2020 s'appuie sur six indicateurs, dont des valeurs maximales sont fixées par catégories de bâtiments. Ces valeurs maximales ne sont pas encore définies pour les activités tertiaires spécifiques dont les établissements de santé et médico-sociaux mais sont attendues courant 2024.

[91] **En conséquence, les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux devraient être prochainement concernés par cette réglementation, a priori dès 2024.** Il convient donc d'anticiper cette réglementation dans les projets de construction neuve.

Objectifs de la Réglementation environnementale (RE 2020)

Diminution des émissions globales de gaz à effet de serre sur l'ensemble du cycle de vie du bâtiment (de la construction à la fin de vie) en orientant les porteurs de projets vers des mode constructions peu énergivores (ou stockant le carbone) et privilégiant les énergies les moins carbonées ;

Diminution de la consommation énergétique liée au chauffage à 12 kWh/m²/par an maximum (au lieu des 50 kWh dans le cadre de la RT 2012) et à 100 kWh/m²/par an maximum pour la consommation d'énergie primaire.

Renforcement de la performance énergétique des constructions (amélioration d'environ 30 % de la performance du bâti) ;

Adaptation aux conditions climatiques futures en améliorant la conception des bâtiments pour affronter les aléas climatiques (moins d'inconfort en période caniculaire)¹³ ;

Amélioration de la qualité de l'air intérieur ;

Développement de l'utilisation de produits et matériaux de construction issus du réemploi.

[92] **S'agissant des projets de rénovation, la réglementation applicable est la réglementation thermique (RT) qui impose de réduire la consommation d'énergies primaires (Cep) de 30 %.** Elle s'applique aux bâtiments achevés après le 1er janvier 1948 et d'une surface supérieure à 1000 m².

[93] **Enfin, 3 % de la surface au sol des bâtiments publics devront être rénovés annuellement au niveau « bâtiment basse consommation » (BBC),** qui correspond à une consommation conventionnelle d'énergie primaire inférieure ou égale de 40 % à la consommation de référence. La directive européenne relative à l'efficacité énergétique impose aux États membres de veiller « à ce qu'au moins 3 % de la surface au sol totale des bâtiments chauffés et/ou refroidis appartenant

¹³ S'agissant de l'adaptation au changement climatique, l'indicateur DH de la RE traduit le nombre de degrés-heures d'inconfort estival pour chaque partie de bâtiment. Le DH exprime la durée et l'intensité des périodes d'inconfort dans le bâtiment durant une année. Selon la RE 2020, un logement est inconfortable lorsque sa température intérieure dépasse 26°C à 28°C durant la journée et 26°C durant la nuit. L'indicateur DH est ajusté pour représenter le comportement du bâtiment face à une vague de chaleur.

à des organismes publics soient rénovés chaque année de manière à être transformés au moins en bâtiments dont la consommation d'énergie est quasi nulle ou en bâtiments à émissions nulles. »¹⁴.

[94] **Dans ces conditions, les investissements immobiliers financés dans le cadre du Ségur auront un impact environnemental nécessairement positif.** La réglementation en vigueur permettra notamment de faire un saut qualitatif important en matière de performance énergétique de l'enveloppe du bâtiment et d'émissions de gaz à effet de serre (GES).

[95] **La réduction des gaz à effet de serre sera plus importante en cas de projet de rénovation. L'empreinte carbone est en effet beaucoup plus élevée dans le cadre des projets de construction.** Dans le cadre de l'analyse de cycle de vie du bâtiment, on estime que 80 % des émissions de gaz à effet de serre qui sont émises par la fabrication, le transport des matériaux et équipements de construction sont liées à des opérations de constructions (20 % pour la rénovation)¹⁵.

[96] **La modernisation des établissements de santé permettra un gain environnemental d'autant plus positif qu'ils ont en moyenne une empreinte écologique plus élevée que les autres activités tertiaires, à l'exception des hôtels.** Selon les données du baromètre 2023 de l'observatoire de l'immobilier durable¹⁶, leur consommation moyenne d'énergie primaire est de 309 kWh/m² par an. Leur empreinte carbone est également la plus élevée.

[97] **Cette moyenne peut s'expliquer en partie par la vétusté du parc immobilier** (cf. point 2.2.3) **et par la spécificité des établissements sanitaires et médico-sociaux.** D'une part, ces établissements fonctionnent en continu et sont soumis à des conventions de confort d'usage¹⁷. D'autre part, ils abritent également des activités fortement consommatrices liées aux soins (ex. blocs opératoires, laboratoires de type P2, P3 ou P4, stérilisation...) ou liées aux process (ex. blanchisserie, cuisine...).

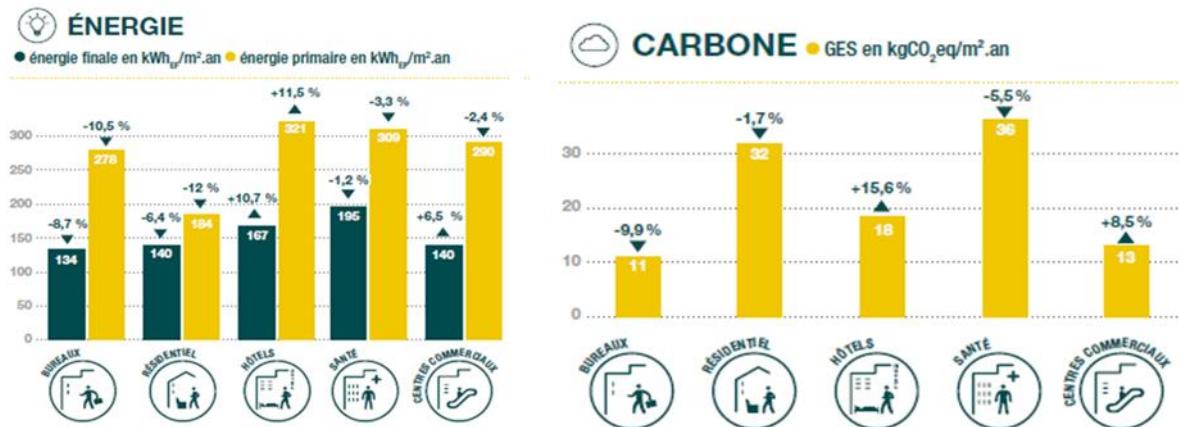
¹⁴ Directive UE n°2023/1791 du parlement européen et du conseil du 13 septembre 2023 relative à l'efficacité énergétique et modifiant le règlement (UE) 2023/955.

¹⁵ Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires - Feuille de route de décarbonation de la chaîne de valeur du bâtiment - Les propositions de la filière – Janvier 2023

¹⁶ Observatoire de l'immobilier durable – Baromètre 2023 de la performance énergétique et environnementale des bâtiments – décembre 2023.

¹⁷ A titre d'exemple, il est fréquent que les établissements sanitaires et médico-sociaux soient « surchauffés » autour de 24-25°C.

Schéma 1 : Consommations d'énergie et émissions de gaz à effet de serre des bâtiments tertiaires en 2023



Source : Observatoire de l'immobilier durable (OID)

[98] Toutefois, il convient de préciser que, si les opérations de construction ou de rénovation permettront d'améliorer la performance énergétique de l'enveloppe des bâtiments et donc de diminuer les besoins en chauffage ou en ventilation par exemple, elles ne s'accompagnent pas nécessairement d'une baisse de la consommation totale d'énergie. L'une des raisons fréquemment évoquées est que les structures hospitalières neuves ou rénovées sont plus consommatrices d'énergies car ces opérations se traduisent généralement par une mise aux normes de confort hôtelier (ex. augmentation de la surface des chambres, augmentation du nombre de chambres individuelles, climatisation) ou de sécurité des soins (ex. ventilation des blocs opératoires...), ce qui entraîne des besoins supplémentaires en énergie¹⁸.

[99] L'étude d'impact du décret tertiaire pointait elle-même pour le secteur de la santé le fait que « les surfaces d'hébergement (chambres) diminuent [globalement] (chirurgie ambulatoire et diminution des durées d'hospitalisation) au profit des surfaces de plateaux techniques qui se développent, et pour lesquelles les capacités de réduction des consommations d'énergie sont plus contraintes notamment au regard d'autres contraintes réglementaires (traitement de l'air des blocs opératoires, ...), de nouveaux matériels (robots, ...) qui auront un impact notable sur le potentiel d'économies d'énergie »¹⁹.

1.4.2 En l'absence d'objectifs et d'indicateurs communs, l'impact global ne peut être chiffré à ce stade

[100] Le plan Ségur n'a pas fixé d'objectifs précis en matière de transition écologique. Par ailleurs aucun indicateur commun n'a été mis en place et suivi au niveau national :

¹⁸ L'augmentation des usages spécifiques (ex. recours accru aux appareils biomédicaux, aux appareils numériques) entraîne également une hausse de la consommation d'énergie mais sans lien avec le bâtiment en tant que tel.

¹⁹ Décret tertiaire – fiche d'impact générale – n° NOR LOGL1909871D

- S'agissant des établissements de santé, la DGOS a proposé en 2023 un indicateur relatif au nombre de bâtiments concernés par une amélioration du clos couvert (i.e. une meilleure isolation thermique). Toutefois le remplissage de cet indicateur n'est pas obligatoire et présente des limites dans la mesure où il ne permet par exemple de rapporter les travaux de rénovation menés au parc immobilier existant. Le comité national de pilotage a prévu de définir des indicateurs communs en 2024.
- S'agissant des établissements médico-sociaux, la CNSA a intégré trois indicateurs relatifs à la transition énergétique (remplacement des chaudières au fioul, gain énergétique, baisse des émissions de gaz à effet de serre associés au projet) dans les dossiers types d'appel à projets PAI 2023 mais n'est pas en mesure de les consolider²⁰.

[101] **Au niveau régional, quelques ARS ont mis en place des indicateurs de pilotage environnementaux suivis à toutes les étapes du projet** mais cette démarche n'est pas généralisée. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés par les ARS sont les suivants :

- Gain énergétique (kWhef /an) ;
- Economie d'exploitation attendue à la livraison en (k€/an) ;
- Economie de gaz à effet de serre avant et après l'opération (kgeqCO2/an) ;
- Respect du cadre réglementaire (RT2012 ou RE2020 pour les nouvelles constructions), décret tertiaire (pour les rénovations) ;
- Taux de surface nette artificialisée/végétalisée/renaturée pour les nouvelles constructions...

[102] **Il n'est donc aujourd'hui pas possible de mesurer nationalement les gains projetés dans le cadre des opérations d'investissement en matière de réduction des consommations énergétiques et d'émission de gaz à effet de serre.**

1.4.3 L'instruction des projets nationaux intègre peu la composante environnementale

[103] La mission a pris connaissance des projets instruits nationalement à travers les avis rendus par le comité de pilotage du CNIS jusqu'en juin 2023 (cf. analyse détaillée en annexe 1).

[104] Ces avis sur les projets d'investissements nationaux comportent généralement un volet sur la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) qui aborde les questions de développement durable. Ce volet tend à se systématiser au fur et à mesure des travaux du comité de pilotage, notamment pour les dossiers en validation finale (étape 3).

²⁰ La branche dispose en revanche depuis 2009 du Tableau de bord de la performance des établissements et services médico-sociaux qui se sont enrichis d'indicateurs très concrets sur le développement durable renseignés pour la première fois en 2023 par les structures pour les données 2022. Ces indicateurs portent sur le mode de chauffage, la présence d'un système de rafraîchissement, l'isolation, les consommations d'énergie en euros et en kWh à l'échelle de l'établissement et par m².

Les questions énergétiques sont instruites de manière transversale

[105] Ces avis portent en premier lieu sur la performance énergétique des futurs bâtiments et les modalités de pilotage des consommations. Les dossiers de reconstruction présentent souvent une anticipation de la norme énergétique RE2020 qui permet de viser une performance énergétique au m² dans le cadre de la conception des bâtiments. La dimension environnementale du chantier à venir est parfois évoquée (chantier vert, matériaux biosourcés...). Enfin, la question des énergies renouvelables est souvent posée (géothermie, panneaux photovoltaïques), ainsi que la possibilité d'un raccordement au réseau de chauffage urbain si cela n'est pas encore le cas.

[106] Dans les avis consultés par la mission, aucun ne fixe en revanche d'engagement en termes de consommations énergétiques à l'ouverture du bâtiment. Il en est de même en ce qui concerne la réduction des émissions de gaz à effet de serre. Si certains documents mentionnent la réalisation d'un bilan d'émissions de gaz à effet de serre, ils ne questionnent pas la trajectoire de réduction et les actions à mettre en œuvre.

Les surfaces concernées par l'opération, ainsi que les mobilités, sont instruites mais en intégrant peu la question environnementale

[107] Indépendamment du volet RSE, sont abordées les questions patrimoniales et de surfaces, avec de manière logique un prisme sur le capacitaire en lien avec le projet médical. Le sujet des mobilités, tant des patients que des personnels, est fréquemment évoqué en lien avec le questionnement sur la future localisation des projets immobiliers.

[108] Les projets anticipent systématiquement une augmentation de l'activité de soins, dont les recettes attendues sont essentielles pour la soutenabilité financière des projets, ce qui impacte à la hausse les surfaces et la gestion des flux.

[109] Pour autant, l'audit patrimonial, le suivi des surfaces avant et après l'opération et les études de flux quant aux mobilités ne font pas l'objet d'indicateurs chiffrés et d'engagements associés, ce qui pourrait pourtant compléter très utilement le diagnostic environnemental du projet.

L'arbitrage entre rénovation et reconstruction mériterait d'être approfondi

[110] Les avis font parfois apparaître un questionnement entre rénovation ou reconstruction à l'origine du projet. L'objectif de modernisation de l'offre portée par le Ségur rend souvent difficile la perspective de rénover les bâtiments existants, ce qui suppose des opérations en sites occupés par ailleurs.

[111] Ces études mériteraient cependant d'être systématisées et approfondies sous l'angle environnemental. Les avis du comité de pilotage du CNIS ne font pas référence, sauf exception, à des études comparatives entre rénovation et reconstruction, alors que l'arbitrage en faveur de la rénovation est très économique en matière d'émissions de GES en évitant celles liées aux constructions.

[112] En conclusion, il peut être souligné que le développement durable n'est que rarement un objectif prioritairement identifié par les établissements. Selon le recensement effectué par la DGOS auprès des ARS au printemps 2023, le développement durable ne constituait un des objectifs prioritaires du projet investissement sanitaire que pour 93 projets sur 832. Pour les

projets faisant l'objet d'une instruction nationale, seuls 4 établissements sur 48 retiennent parmi l'une des trois thématiques prioritaires le développement durable.

1.5 Les initiatives locales sont pour autant nombreuses, parfois ambitieuses, mais fragilisées par le contexte économique et budgétaire

1.5.1 L'enveloppe des investissements du quotidien a été en partie mobilisée en région pour des opérations liées à la transition écologique

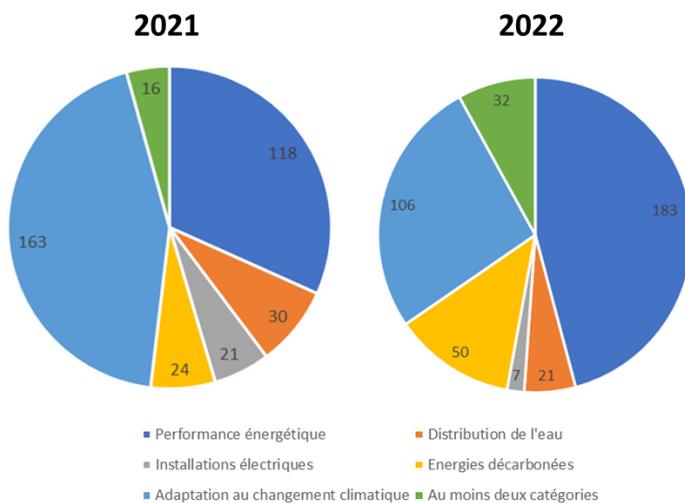
[113] **La mission a procédé à l'analyse des résultats de l'enquête menée par la DGOS à l'été 2023 sur l'utilisation des crédits investissements du quotidien 2021 et 2022 par les établissements de santé sous l'angle de la transition écologique.** Elle n'a pu en revanche analyser du fait des délais impartis l'utilisation des crédits pour 2023 alors qu'ils étaient fléchés principalement sur la transition écologique.

[114] **Malgré l'absence d'incitations nationales en 2021 et 2022, 10 % des établissements de santé ayant bénéficié de crédits investissements du quotidien en 2021 ont utilisé tout ou partie de ces crédits pour des actions de développement durable.** En 2022, ce taux progresse à 13 %. Pour 2023, au vu des consignes nationales, cette proportion devrait être sensiblement plus élevée.

[115] Les actions menées dans ce cadre par les établissements de santé en matière de transition écologique portent sur :

- **Des travaux de performance énergétique** qui regroupent notamment les travaux liés à la rénovation des installations de chauffage ou de ventilation, à l'optimisation des installations de chauffage (ex. changements des radiateurs, mise en place d'une GTB/GTC...) à l'isolation thermique (notamment le remplacement des fenêtres), au remplacement des éclairages par des LED.... ;
- **des travaux d'adaptation au changement climatique** qui visent principalement à améliorer le confort d'été, par des travaux sur les systèmes de climatisation ou l'installation de pare-soleils (filtres UV, stores...) ;
- **des travaux liés à la décarbonation de certaines activités des établissements** qui comprennent notamment le remplacement des installations de chauffage par des pompes à chaleur ou le développement des mobilités durables (ex. achat de véhicules électriques, installations de bornes de recharge électrique pour les véhicules, installation de locaux à vélos...).

Graphique 1 : Répartition des actions en lien avec la transition écologique et la climatisation parmi les investissements du quotidien des établissements de santé en 2021 et 2022



Source : mission d'après enquête DGOS (2023)

1.5.2 Les projets de construction ou de rénovation des établissements intègrent parfois des engagements plus exigeants que les normes réglementaires

[116] Une très grande majorité des établissements a structuré des démarches relatives au développement durable, comme le recensent les référentiels de l'HAS de certification et d'évaluation des établissements (cf. annexe 4).

[117] Dans le cadre de leurs projets immobiliers, nombreux sont les établissements à prendre l'initiative d'inscrire leurs projets immobiliers dans une perspective environnementale.

[118] Les projets sont en premier lieu attentifs à la localisation des futurs projets investissements du fait de leur impact environnemental lié aux mobilités des personnels et des patients. A titre d'exemple, l'Hôpital du Pays Salonnais (HPS) cible la reconstruction de son offre de soins de médecine-chirurgie-obstétrique au sein d'un « Village Santé » en périphérie immédiate de Salon de Provence et conservera sur son site actuel en centre-ville le bâtiment le plus récent de son patrimoine qui accueillera un centre de gérontologie ouvert sur la ville. A Angers, l'établissement a opté pour le maintien en zone urbaine bénéficiant des transports en commun avec le tramway très emprunté par le personnel comme par les patients. A Nantes, le choix de l'Île de Nantes, certes relativement ancien, a été retenu pour densifier l'offre hospitalo-universitaire à proximité immédiate du centre-ville tout en veillant à en structurer les accès.

[119] **Les établissements s'appuient fréquemment sur des référentiels environnementaux pour concevoir leurs projets et renforcer leur valeur d'usage.** A titre d'illustrations, à Salon de Provence, l'ensemble des cibles du référentiel TSHQSE²¹ spécialisé dans le secteur de la santé ont été instruites avec un panel de référents et d'utilisateurs au sein de l'établissement. Ce référentiel porte de manière générale sur la gouvernance, les achats, l'approche territoriale, la dimension social, y compris les mobilités et la dimension environnementale. Ce dernier volet est lui-même multicritères avec l'air, l'énergie, l'eau et les matières résiduelles. Pour la reconstruction de l'EHPAD "La Villa Saint Jean" de Bourgs sur Colagne en Lozère, le projet s'inscrit dans le cadre de ce label et fait l'objet d'un accompagnement d'un cabinet d'architecture spécialisé sur les projets médico-sociaux pour développer la « valeur d'usage » du futur bâtiment pour les résidents comme pour les personnels pour favoriser un agencement des espaces dans une optique domiciliaire. Dans le cadre du projet d'investissement du CHU d'Angers, l'établissement a souhaité s'engager dans un label environnemental pour attester de la performance énergétique des futurs bâtiments et de son niveau d'émissions de GES sur l'ensemble du cycle de vie, depuis sa conception jusqu'à sa démolition.

[120] La mission a également eu connaissance de projets d'investissements à l'outre-mer intégrant des normes environnementales plus ambitieuses que la réglementation (CHU de la Réunion ou CH de Mayotte par exemple).

1.5.3 Dans un contexte de hausse des coûts, la soutenabilité des projets limite les ambitions environnementales des établissements

[121] **Les ARS rencontrées par la mission ont toutes souligné que les établissements sanitaires et médico-sociaux souhaitaient dorénavant, en majorité, s'inscrire dans des démarches environnementales ambitieuses.**

[122] **Toutefois, il leur est généralement impossible d'aller au-delà des exigences réglementaires dans un contexte marqué par la hausse des coûts et un environnement budgétaire dégradé.** L'atteinte des exigences réglementaires actuelles ou à venir très rapidement (anticipation de la RE2020 notamment) implique d'ores et déjà des coûts supplémentaires dans les projets.

[123] **La note de conjoncture de l'ANAP indique que l'indice des prix de construction (BT 01) a connu une augmentation de 24 % entre 2016 et juillet 2023 soit une moyenne annuelle de 3,4 %.** L'augmentation est particulièrement significative entre janvier 2021 et avril 2023 avec une augmentation de 13,4 %, soit une augmentation annuelle de 5,35 %. L'indice BT01 s'est ensuite stabilisé depuis avril 2023²². L'ANAP note que les coûts de construction ont augmenté plus rapidement que les chiffres de l'inflation générale entre juillet 2020 et octobre 2022 avant d'être corrélé à l'inflation générale depuis lors. Cette évolution de l'index a impacté l'ensemble des coûts de la construction (neuf & rénovation) au niveau national.

²¹ Très Haute Qualité, Sanitaire, Sociale et Environnementale. Label développé par l'agence Primum Non Nocere pouvant faire l'objet d'une certification indépendante portant notamment sur les bâtiments, l'environnement, les mobilités, les achats et la gouvernance.

²² ANAP - Note de conjoncture économique sur le prix des travaux des établissements sanitaires et médicaux sociaux - Octobre 2023

[124] Un écart moyen de l'ordre de +10 % à +15 % était constaté par l'ANAP entre les coûts actualisés des projets saisis dans la base OSCIMES en juin 2023 et ceux constatés lors d'ouvertures de plis récentes. Cette hausse est légèrement inférieure à la hausse des coûts de chantier constatés en 2023 (+17 %) pour les projets PAI constatée par la CNSA. Certaines hausses ont pu atteindre 30 % selon plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission.

[125] Cette hausse des coûts impacte directement la soutenabilité des projets financés par le Ségur.

[126] Le Comité de pilotage de l'investissement en santé note dans son rapport de février 2024 que la soutenabilité des programmations régionales est fragile. Le contexte inflationniste, la sous-estimation initiale de certains projets et la dégradation de la situation d'exploitation des établissements viennent hypothéquer l'équilibre financier des projets. Dans le cadre des dialogues de gestion régionaux de l'automne 2023, les alertes des ARS sont ainsi en nette augmentation, portant très majoritairement sur la soutenabilité financière des projets (42 % des alertes) ainsi que sur l'augmentation des coûts (9 %).

[127] Dans son rapport sur les finances des hôpitaux d'octobre 2023, la Cour des comptes soulignait que la situation budgétaire des établissements de santé s'est fortement dégradée en 2022, en particulier pour les établissements déjà en difficulté, avec la sortie progressive des dispositifs de crise et de fortes augmentations des dépenses d'exploitation²³. Les données provisoires pour l'exercice 2023 indiquent à nouveau une nette dégradation.

[128] Dans le champ médico-social, la CNSA souligne les subventions ont dû augmenter de 27 % dans le cadre du PAI 2023 compte tenu du contexte inflationniste.

[129] Dans le cadre de ses déplacements, nombreux ont été les interlocuteurs à indiquer que la hausse des coûts les avait conduits, parfois à plusieurs reprises, à modifier leur projet et à en diminuer la composante environnementale lorsque celle-ci ne présente pas de retour sur investissement rapide et n'est pas prescrite réglementairement (ex. énergie renouvelable, label HQE...). Cette alerte a notamment été portée par la Commission ingénierie et architecture des CHU mais a également été relayée par les établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que par les ARS et les Conseils départementaux rencontrés par la mission.

[130] Malgré ce contexte budgétaire fragilisé, les nombreuses initiatives locales et l'application des normes environnementales permet aux investissements immobiliers de contribuer à la transition énergétique. Cependant, cette contribution n'est pas aujourd'hui mesurable, ce qui suppose un « monitoring » plus fin des objectifs énergétiques au regard de la forte contribution des établissements du secteur aux émissions de gaz à effet de serre.

²³ La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire - Cour des Comptes, Rapport public thématique - Octobre 2023.

2 Un suivi plus resserré des objectifs énergétiques dans les investissements Ségur apparaît aujourd’hui nécessaire et possible

2.1 La réduction de l’empreinte environnementale des établissements sanitaires et médico-sociaux est inévitable

2.1.1 L’empreinte carbone du système de santé est évaluée à 8 % des émissions nationales

[131] Le think tank « The Shift Project » a estimé, dans son rapport publié en 2023²⁴, l’empreinte carbone du secteur sanitaire et médico-social autour de 49 millions de tonnes équivalent CO2, soit environ 8 % des émissions de gaz à effet de serre (GES) nationales. Compte tenu des marges d’incertitude inhérentes à ce type de modélisation, The Shift Project affirme que les émissions de ce secteur se situent entre 40 et 61 MtCO2e, soit 6,6 % à 10 % de l’empreinte carbone de la France. Cette estimation est cohérente avec les émissions de carbone des systèmes de santé au niveau international qui varient entre 3 % à 10 % des émissions nationales.

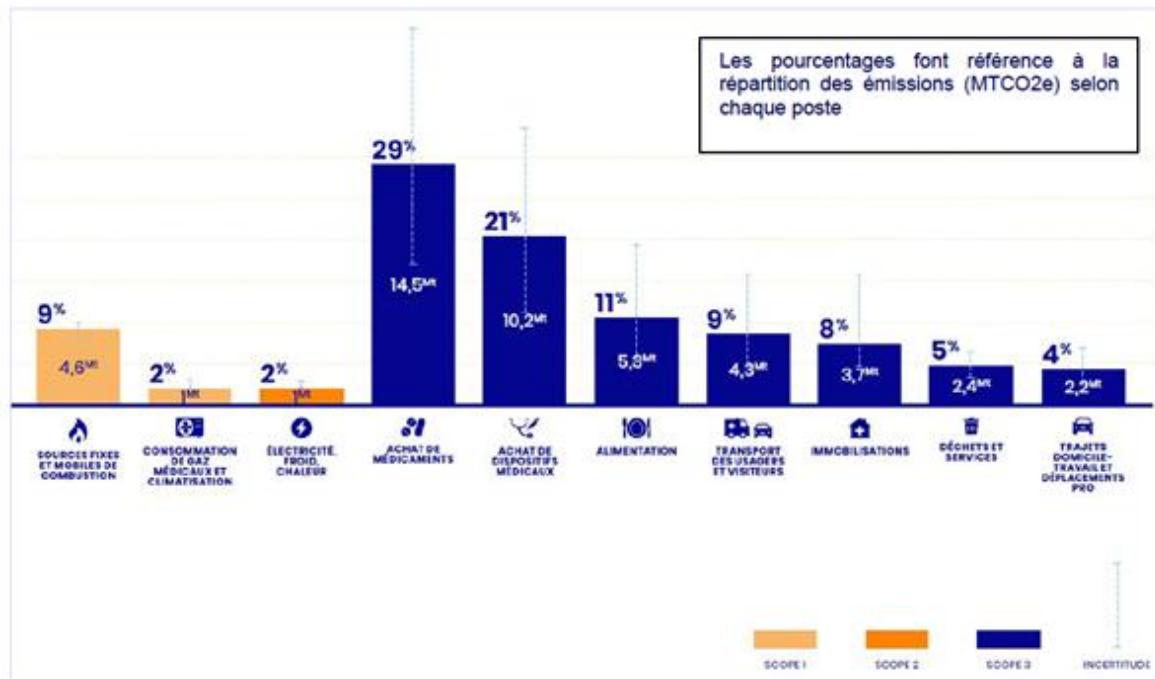
[132] Par catégories d’acteurs du secteur, plus de 75 % des émissions sont réalisées par les établissements sanitaires et médico-sociaux : 38 % des émissions par les établissements de santé, 38 % par les établissements médico-sociaux (21 % par les établissements et services pour personnes âgées, 17 % par les établissements et services pour les personnes en situation de handicap), 23 % par les professionnels de ville et 1 % par les administrations.

[133] Selon ce rapport, 87 % des émissions de GES du secteur sanitaire et médico-social sont liées notamment à l’achat et la consommation de produits alimentaires et de santé (médicaments, dispositifs médicaux) et aux transports (de patients et de salariés). Le Shift Project a plus récemment calculé l’empreinte carbone plus spécifique du secteur de l’autonomie²⁵, qui représenterait autour de 9 millions de tonnes de CO2e (MtCO2e), soit 40 % de l’empreinte globale du système de santé (hors médicaments). La part des émissions indirectes dans le bilan carbone de l’Autonomie représente 80 % des émissions du secteur. Elle est proche mais inférieure aux 87 % d’émissions indirectes pour le système de santé, compte tenu notamment d’un poids relatif moins important des produits de santé.

²⁴ Décarboner la santé pour soigner autrement – Rapport du Shift Project – version 2 – avril 2023.

²⁵ Décarbonons l’Autonomie – Rapport intermédiaire complet – The Shift Project – Septembre 2023

Graphique 2 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCO₂e)



Source : *The Shift projet* (2023)

[134] Avec 8 % des émissions nationales, le secteur sanitaire et médico-social ne peut rester à l'écart de la baisse des émissions prévue en application des engagements internationaux de la France.

[135] Afin de limiter l'augmentation moyenne de la température mondiale en dessous de 2 °C par rapport aux niveaux préindustriels, en visant 1,5 °C, l'Accord de Paris en 2015 prévoit que la réduction des émissions de gaz à effet de serre en France doit être de 40 % entre 1990 et 2030 et la réduction de la consommation énergétique finale de 50 % en 2050 par rapport à la référence 2012 en visant un objectif intermédiaire de 20 % en 2030. En 2019, dans le cadre du pacte vert pour l'Europe, l'Union européenne s'est fixé l'objectif d'atteindre la neutralité carbone en 2050 et s'est engagée pour cela à réduire ses émissions nettes d'au moins 55 % en 2030 par rapport à 1990, ce qui implique une diminution de 4 à 5 % par an. Cet objectif sert de base à la planification écologique lancée en 2022.

[136] Au-delà de l'empreinte carbone, l'empreinte écologique globale des établissements est également conséquente (cf. annexe 4).

2.1.2 En complément de la réglementation applicable aux établissements, la feuille de route ministérielle vise la neutralité carbone du système de santé à horizon 2050

[137] Une feuille de route pour la planification écologique du système de santé a ainsi été établie en mai 2023, reprenant l'objectif d'une baisse des émissions de 5 % par an pour atteindre la neutralité carbone en 2050. Cette feuille de route vise à d'accompagner les différents acteurs,

notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux, à se mettre en conformité avec leurs obligations réglementaires (cf. annexe 4) et accélérer leur transition via des objectifs complémentaires dans sept domaines d’actions :

- Accentuer la rénovation écologique et la transformation énergétique des établissements de santé et médicosociaux d’ici 2040 ;
- accélérer et promouvoir la transition vers des achats durables, notamment les produits de santé, d’ici 2030 ;
- transformer et accompagner les pratiques vers des soins écoresponsables dès 2023, notamment la réduction de l’usage des gaz médicaux à fort effet de serre et le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique sous réserve de faisabilité ;
- accélérer la réduction des déchets (médicamenteux et à risque infectieux) et leur valorisation d’ici 2030 ;
- former tous les professionnels et acteurs de santé à l’urgence écologique ;
- accélérer la transition vers des transports et des schémas de mobilité à faibles et très faibles émissions d’ici 2030 ;
- élaborer une feuille de route pour verdier le numérique en santé d’ici 2024.

[138] Il convient de noter que la stratégie gouvernementale « *Bien vieillir* » dévoilée en novembre 2023 est encore plus ambitieuse. Elle comprend notamment un objectif visant à accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) dans la transition écologique et énergétique dans un objectif de neutralité carbone d’ici 2030.

2.1.3 La transition écologique est devenue un levier managérial puissant

[139] L’ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission souligne que le secteur sanitaire et médico-social a intérêt à s’inscrire dans des démarches de transformation écologique. La limitation du réchauffement climatique, la préservation ou la restauration de la biodiversité et des ressources naturelles (ex. eau) et la limitation des pollutions de tous ordres entraîneront des bénéfices pour la santé, comme le souligne l’approche globale « *Une seule santé* ».

[140] La transition écologique est aussi devenue un levier d’attractivité et un levier managérial puissant en termes de mobilisation des équipes de soins pour faire évoluer les pratiques et actualiser les projets d’établissement.

[141] La mission a constaté à l’occasion de ses échanges terrain que les établissements de santé et médico-sociaux sont particulièrement engagés dans des démarches de transition écologique et que les initiatives sont nombreuses, souvent portées par les professionnels eux-mêmes. Ces initiatives se sont multipliées depuis la crise COVID qui a souvent agi comme un catalyseur. A titre d’exemple, le CHU d’Angers a intégré une stratégie de développement durable dans son projet d’établissement 2020-2024 qui comprend un volet RSE, un volet promotion de la santé (HAVISAINES) et de santé environnementale et un plan de transition écologique. Cité par de nombreux interlocuteurs de la mission, le projet des « Unités durables » vise à accélérer le processus de transformation écologique du CHU de Bordeaux en essaimant les initiatives

concrètes portées par les professionnels des services de soins. Près de 200 maternités se sont engagées dans le label THQSE® pour s'inscrire dans une démarche éco-responsable et d'éco-conception des soins visant à réduire l'exposition des nourrissons aux risques émergents, notamment les perturbateurs endocriniens.

2.2 La réduction des consommations énergétiques liées aux bâtiments constitue une obligation mais également une source d'économie substantielle pour les établissements

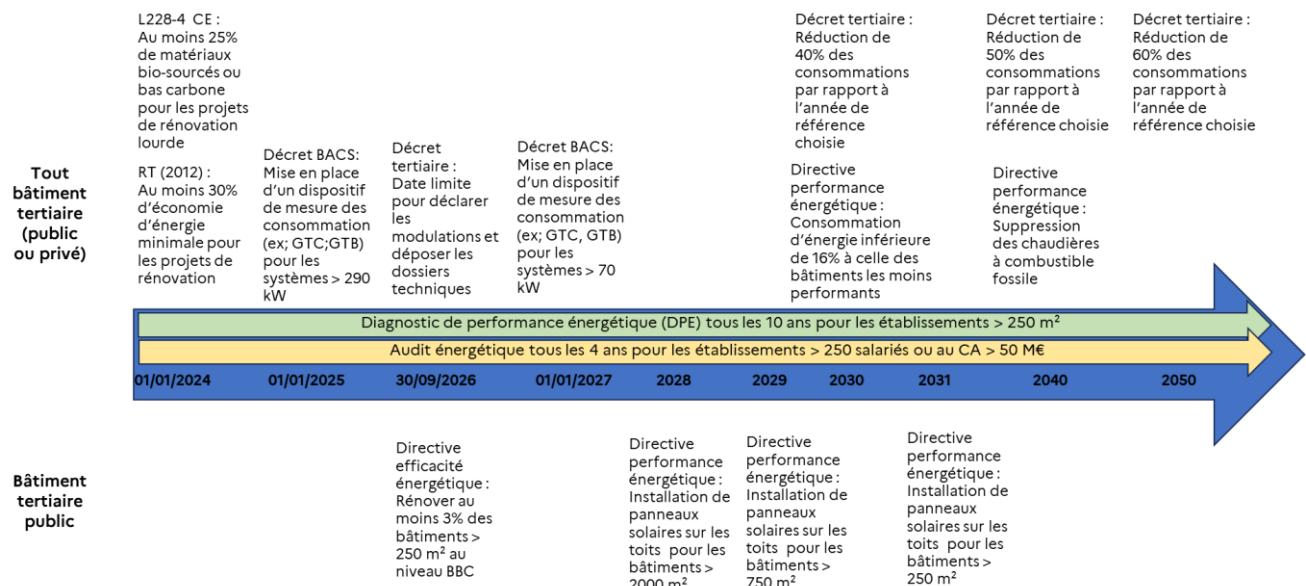
2.2.1 La réglementation fixe des objectifs ambitieux de réduction des consommations d'énergie

[142] L'annexe 3 dresse un panorama de la réglementation en vigueur et à venir pour réduire les consommations énergétiques des bâtiments tertiaires, dont font partie les établissements sanitaires et médico-sociaux.

[143] En sus des dispositions relatives aux opérations de construction et de rénovation présentées au point 1.4.1, des dispositions portent sur l'exploitation des bâtiments :

- **l'obligation de réduire les consommations énergétiques finales (kWhEF/m^2) des bâtiments assujettis de 40 % en 2030, de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050 par rapport à une année de référence choisie entre 2010 et 2019 pour tout bâtiment hébergeant exclusivement des activités tertiaires, publics et privés, supérieurs à 1 000 m^2 ;**
- **l'obligation de s'équiper d'ici le 1^{er} janvier 2027 d'un système d'automatisation et de contrôle des installations techniques des bâtiments (de type GTB ou GTC) et d'appareils de mesure de leurs données de consommation énergétique, pour tous les bâtiments tertiaires d'une puissance nominale supérieure à 70 kW ;**
- **la réalisation d'un diagnostic de performance énergétique tous les 10 ans pour tous les établissements d'une surface supérieure à 250 m^2 ;**
- **la réalisation d'un audit énergétique tous les 4 ans pour les établissements de plus de 250 salariés ou ayant un chiffre d'affaires supérieur à 50 M€ ou la mise en place système de management de l'énergie selon la norme ISO 50001 ;**
- **La suppression progressive des chaudières à combustibles fossiles d'ici 2040, en application de la future directive sur la performance énergétique des bâtiments en cours d'adoption.**

Schéma 2 : Chronologie de mise en œuvre des principales dispositions juridiques applicables aux bâtiments tertiaires en matière de performance énergétique



Source : Mission

[144] La réglementation vise à inciter les exploitants de bâtiments tertiaires à réduire leurs consommations énergétiques en cumulant les actions sur les trois volets suivants :

- La sobriété des usages ;
- le développement des énergies renouvelables et la décarbonation des systèmes de production d'énergie ;
- l'efficacité énergétique du bâtiment.

[145] Pour les bâtiments neufs, la RE 2020 constitue la réglementation structurante car elle fixe des objectifs ambitieux sur ces différents volets.

[146] Pour les bâtiments existants, les opérations de rénovation lourde doivent prendre en compte les objectifs de réduction des consommations énergétiques finales des bâtiments de 40 % en 2030, de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050 définis dans le décret dit tertiaire.

2.2.2 La hausse des prix de l'énergie renforce la nécessité de diminuer les consommations d'énergie des établissements

[147] Selon une étude de l'ADEME, le secteur de la santé représentait 12 % de consommation d'énergie du secteur tertiaire en 2015, soit 2,34 millions de tonnes équivalent pétrole (Mtep) et 2 % de la demande d'énergie française. La consommation d'énergie finale du secteur de la santé (tout type d'établissement confondu) était estimée en 2015 à 239 kWh/m² dont 119 kWh/m² pour le chauffage.

[148] A partir des données transmises par les établissements sur la base OPERAT de l'ADEME dans le cadre du décret tertiaire, cette consommation est de 248 kWh/m² en 2022 pour les établissements de santé et de 165 kWh/m² pour les établissements médico-sociaux.

Tableau 2 : Evolution de la consommation surfacique du secteur de la santé dans le cadre du décret tertiaire (en kWh/m²)

Catégorie d'activité majoritaire de la déclaration	Année de référence 2010-2019	2020	2021	2022	Evolution entre 2022 et l'année de référence
Activités de santé libérales avec process	262	195	207	191	-27 %
Centre hospitalier public et privé	302	256	263	248	-18 %
Etablissements médico-sociaux	201	168	179	165	-18 %

Source : ADEME – base OPERAT

[149] Cette moyenne masque toutefois une forte hétérogénéité de la consommation entre les établissements :

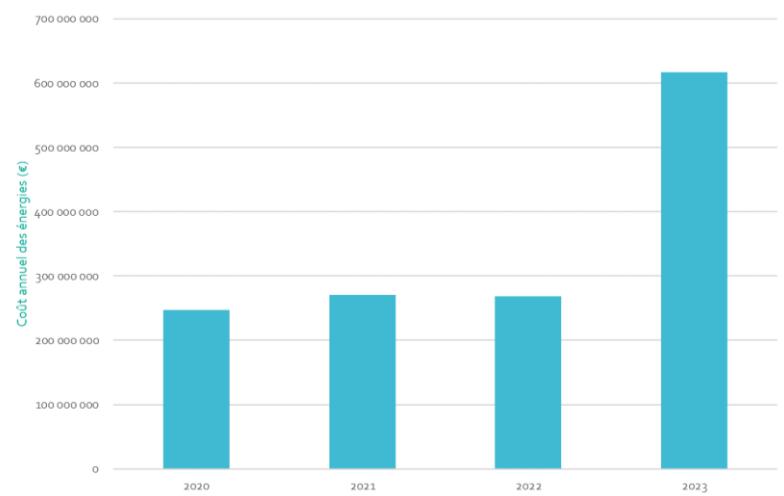
- le pôle DATA de l'IGAS a calculé la distribution de la consommation d'énergie des EHPAD en 2022, à partir des données du tableau de bord de la performance médico-sociale. La distribution est relativement étendue, l'écart interquartile étant de 128 kWh/m², traduisant une certaine hétérogénéité dans les consommations des EHPAD. 5235 EHPAD déclarent avoir une consommation inférieure à 800 kWh/m² ;
- Une étude menée par la conférence des DG de CHU en 2020, sur les données de consommation des CHU en 2018, notait également une variation du simple au double entre le moins énergivore (244 kWh/m²) et le plus dispendieux (485 kWh/m²), sans qu'aucune influence climatique ou géographique ne puisse être invoquée.

[150] En 2022, la dépense énergétique a atteint 903 M€ pour les 557 établissements de santé publics dont la donnée est disponible dans Diamant. Extrapolée aux 1 347 établissements, indépendamment de leur taille, la dépense énergétique des établissements publics de santé serait donc de 2,2 Mds€ en 2022 Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont particulièrement exposés à l'évolution des prix de l'énergie du gaz et de l'électricité qui représentent près de 85 % des dépenses d'énergie (dont 70 % pour l'électricité). Pour les EHPAD, la dépense énergétique serait de 332 M€ en 2022 estimée à partir des données de consommation du tableau de bord de la performance (3,9 Mds kWh).

[151] Selon l'Insee, les prix de l'électricité et du gaz de 32 % ont augmenté respectivement de 85 % et de 175 % entre 2018 et 2022 selon des données provisoires. Cette envolée des prix de l'énergie a été accélérée en 2022 par la guerre en Ukraine et la mise à l'arrêt pour maintenance d'une partie des réacteurs nucléaires du parc français.

[152] **La hausse des coûts de l'énergie a été répercutée aux établissements à partir de 2023, au gré des renégociations de contrats.** Une étude de la conférence des directeurs généraux de CHU illustre cette hausse brutale des coûts en 2023. Pour les 22 CHU ayant répondu à l'enquête, le budget annuel des consommations énergétiques est passé de 250 M€ en 2020 à 620 M€ en 2023, soit un budget multiplié par 2,5 en quatre ans. Cette hausse est liée au prix moyen des énergies qui a été multiplié par 2,8 au cours de la même période. Le MWh coûte 214 € en 2023 contre 87 € en 2022 et 77 € en 2020.

Graphique 3 : Dépenses énergétiques annuelles des 22 CHU



Source : Conférence des DG de CHU

[153] Selon le programme PHARE, les centrales d'achats prévoient des baisses de tarifs en 2024 pour le gaz et l'électricité (de l'ordre de -45 %).

[154] **La hausse de l'électricité et du gaz incite donc les établissements à investir progressivement dans les énergies renouvelables et la réduction de leurs consommations.** Les CHU ont enregistré en parallèle une baisse des consommations énergétiques de l'ordre de 11 % (30 kWh/m²) entre 2020 et 2023. Au tarif 2020, les CHU auraient ainsi économisé 26 M€ par an par le biais des gains énergétiques enregistrés.

2.2.3 Les travaux de rénovation énergétiques peuvent générer des économies substantielles pour un parc immobilier vieillissant

[155] **La date de construction des bâtiments peut fortement influencer la performance énergétique de leur enveloppe** (meilleure isolation notamment). A titre d'exemple, selon le baromètre de l'Observatoire de l'immobilier durable (OID)²⁶, les consommations d'énergie des bâtiments de bureaux dépendent fortement de leur date de construction :

- les bâtiments les plus anciens, construits avant les années 1980, sont les plus énergivores, avec des consommations supérieures à 20 % en moyenne ;

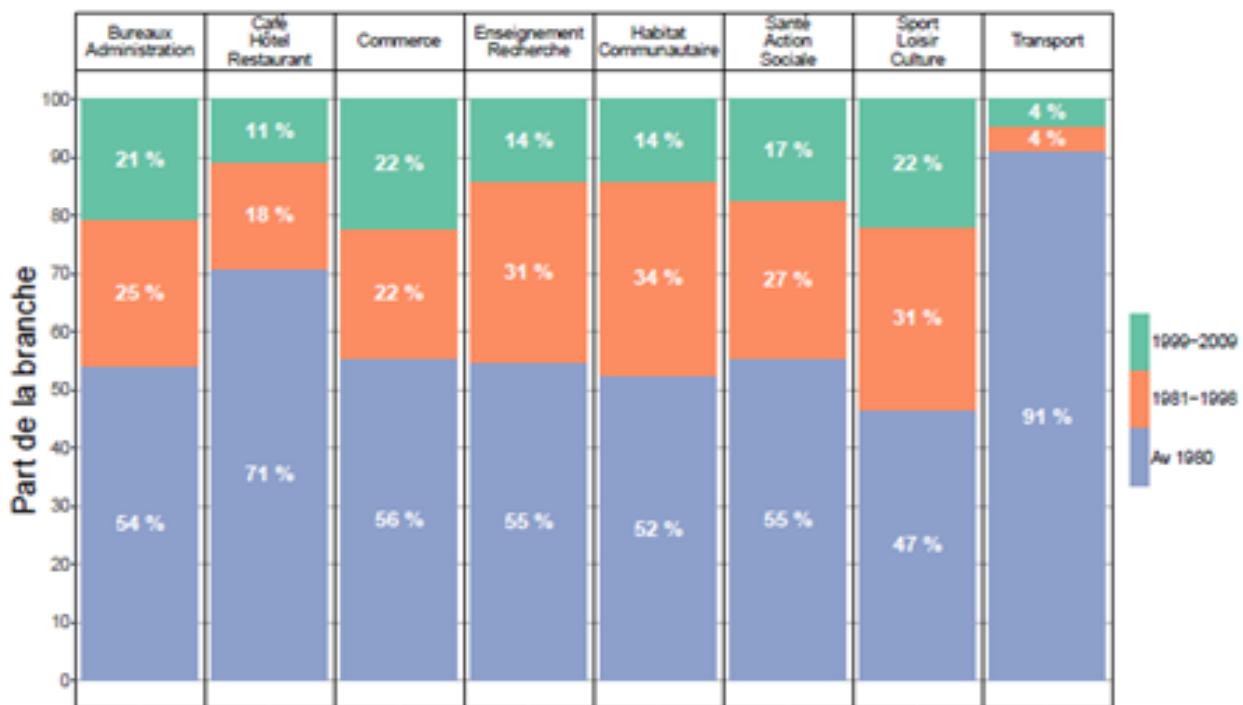
²⁶ Observatoire de l'immobilier durable – Baromètre 2023 de la performance énergétique et environnementale des bâtiments – décembre 2023

- les bâtiments les plus récents construits depuis 2012 (sous la norme RT 2012) présentent une performance énergétique plus importante, en moyenne 10 % en-dessous de la consommation moyenne ;
- les bâtiments de bureaux des années 1980 et 1990 apparaissent comme moins consommateurs d'énergie que ceux construits dans les années 2000 et 2005, probablement car une partie d'entre eux ont probablement été restructurés, tandis que les bâtiments les plus récents de l'échantillon n'ont quant à eux pas encore connu de larges campagnes de rénovation.

[156] **Or, en 2010, plus de la moitié des bâtiments des établissements sanitaires et médico-sociaux ont été construits avant 1980 (55 %), 27 % ont été construits entre 1980 et 1998, et 17 % des bâtiments ont été construits après 2000, selon une étude du CGDD qui a catégorisé le parc tertiaire par période de construction et par secteur d'activité. Cette distribution par période de construction est relativement similaire à celle observée pour les autres administrations publiques.**

[157] **Une étude la CNSA précitée donne une répartition légèrement différente s'agissant des seuls EHPAD : 23 % des EHPAD ont été ouverts après 2000, 37 % entre 1981 et 2000 et 40 % avant 1980.** Ces différences peuvent probablement s'expliquer par des données plus récentes qui peuvent prendre en compte les opérations de construction ou reconstruction lancées dans les années 2010 et peuvent également traduire un patrimoine plus récent que celui des établissements de santé. Les données de l'étude mettent également en évidence une ancienneté plus importante des EHPAD publics. **Seuls 25 % des EHPAD publics ont été construits après 1991 contre 62 % des EHPAD privés.**

Schéma 3 : Répartition du parc tertiaire par période de construction



Source : CGDD (2010)

[158] **Dans ces conditions, le taux moyen de vétusté des bâtiments de santé et médico-sociaux est élevé, de l'ordre de 50 %.** Cela signifie que ces immobilisations sont en moyenne à la moitié de leur durée de vie et seront donc obsolètes d'ici 2050. Le taux moyen de vétusté des bâtiments de santé a connu une hausse particulièrement marquée depuis dix ans, passant de 44,3 % en 2013 à 55,2 % en 2021 et 58,8 % en 2022. Le taux de vétusté des EHPAD est quant à lui, en moyenne, légèrement inférieur à 50 % (48 %) en 2022. Toutefois il convient de noter que 25 % des EHPAD ont un taux de vétusté supérieur à 64 %, ce qui devrait impliquer des travaux de rénovation rapides.

[159] Certains équipements semblent d'ores et déjà obsolètes :

- **environ 70 % des surfaces des CHU nécessiteraient une isolation par l'extérieur**, selon une étude menée par la conférence des DG de CHU. Seules 24 % des surfaces seraient conformes ou acceptables en matière de performance énergétique et 5 % des surfaces sont en cours de rénovation, notamment par le biais du Ségur ;
- **plus de 7 % des EHPAD disposent de fenêtres à simple vitrage et 8 % des EHPAD sont encore alimentés par une chaufferie alimentée au fioul**, selon l'exploitation faite par le pôle Data de l'Igas du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux. Ces chiffres sont probablement sous-estimés au regard du nombre de non-réponse à ces items.

[160] La réglementation RE 2020 prévoit des valeurs de performance énergétique à atteindre pour chaque type de bâtiment. Si les valeurs pour le secteur sanitaire et médico-social ne sont pas encore définies, ces valeurs sont ambitieuses pour d'autres types d'activités. A titre d'exemple, les exigences de consommations moyennes en énergie primaire (Cep) sont fixées à 85 kWh/m² pour les bureaux et à 72 kWh/m² pour les bâtiments d'enseignement²⁷.

[161] La réglementation RT 2012 prévoit quant à elle que toute rénovation lourde d'un bâtiment doit s'accompagner de travaux permettant d'améliorer la performance énergétique d'au moins 30 %. Deux programmes de rénovation énergétique de bâtiments publics attestent du gisement possible d'économie d'énergie.

[162] **Le plan de rénovation énergétique des bâtiments de l'Etat, lancé dans le cadre du PNRR, a permis de réduire de 5 % la consommation énergétique de l'immobilier de l'Etat, en économisant 600 millions de kWh/an**, soit 110 000 TecCO2/an ou encore l'équivalent de la consommation annuelle d'énergie d'une ville de 150 000 habitants²⁸. La Direction immobilière de l'Etat (DIE) indique que 4 000 projets ont été sélectionnés en décembre 2020, sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultra-marin, pour 2,7 milliards d'euros, dont 1,3 milliard d'euros pour l'enseignement supérieur et la recherche.

[163] **Le bilan 2023 du fonds vert fait état d'un gain énergétique moyen de 50 % évalué pour les projets financés au titre de la rénovation énergétique des bâtiments publics des collectivités**

²⁷ Décret n° 2022-305 du 1er mars 2022 relatif aux exigences de performance énergétique et environnementale des constructions de bâtiments de bureaux et d'enseignement primaire ou secondaire en France métropolitaine

²⁸ DIE – Rapport d'activités 2022

territoriales. 8 000 dossiers ont été acceptés représentant des dépenses de 6 Md€ et un engagement du fonds vert de 1,5 Md€, soit un effet levier de 25 % au niveau global.

[164] Au regard de l'état initial du parc des établissements de santé et médico-sociaux, il est donc probable que sa rénovation ou sa modernisation puisse induire des gains énergétiques importants.

2.3 Un meilleur pilotage de la performance énergétique des bâtiments construits ou rénovés dans le cadre du Ségur apparaît nécessaire

[165] **Dans la mesure où la réglementation est suffisamment prescriptive en matière d'optimisation de la performance énergétique des établissements, la mission estime qu'il serait contre-productif de fixer des objectifs complémentaires pour les projets financés par le Ségur.**

[166] Il convient de rappeler que le Ségur est un plan d'investissement visant à moderniser et transformer l'offre de soins et d'accompagnement et non un plan spécifiquement dédié à la rénovation énergétique des établissements de santé et médico-sociaux.

[167] **En revanche, la mission estime que la mise en œuvre par les établissements bénéficiant de crédits Ségur des objectifs fixés par la réglementation doit être mieux piloté.** Il s'agit à la fois de veiller à l'exemplarité des investissements publics mais également de mieux valoriser l'impact écologique de ce programme ambitieux.

[168] **Pour cela, la définition d'un référentiel commun pour la prise en compte des enjeux de développement durable dans les dossiers Ségur est nécessaire.** Si le référentiel du CSIS est particulièrement utile aux établissements pour les aider à construire leur projet, il est peu opérationnel pour les services instructeurs. Les référentiels des ARS souffrent quant à eux d'une certaine hétérogénéité, mettant en évidence un certain manque de maturité sur le sujet.

[169] **Ce référentiel commun devrait pouvoir s'adapter à la taille des projets.** Il pourrait ainsi être envisagé trois niveaux d'exigence pour les projets inférieurs à 20 M€, pour les projets entre 20 et 100 M€ et pour les projets supérieurs à 100 M€, conformément au seuil interministériel pour la contre-expertise SGPI. Pour les projets supérieurs à 20 M€, le référentiel représenterait le volet environnemental du rapport socio-économique obligatoire. Ce référentiel devrait être commun aux champs sanitaire et médico-social.

[170] **La mission souligne la qualité des travaux de mutualisation menés par trois ARS pour élaborer un tel référentiel commun et considère qu'ils constituent une base de travail intéressante.** Un groupe de travail impliquant notamment le CSIS, l'ANAP, la CNSA et les ARS serait utile pour aboutir rapidement, sur cette base.

Recommandation n°1 Développer un référentiel commun d'analyse des enjeux environnementaux des dossiers Ségur, gradué selon la taille des projets et s'appuyant sur les travaux de mutualisation engagés par les ARS ; rendre ce référentiel opposable aux établissements

[171] **Ce référentiel devra comprendre un nombre réduit d'indicateurs communs à remplir obligatoirement par les établissements afin de mesurer l'atteinte des objectifs environnementaux.** Le seul indicateur commun sur le champ du développement durable n'est pas obligatoire et présente des limites (nombre de bâtiments concernés par une amélioration du clos couvert).

[172] Or, des indicateurs de pilotage existent et sont généralement utilisés dans les programmes de rénovation ou de construction, notamment des bâtiments de l'Etat ou des collectivités territoriales (cf. annexe 3) :

- la surface bâimentaire concernée par les projets en m² et l'évolution des surfaces projetées ;
- la performance énergétique projetée ou le gain énergétique, total ou par usage, en énergie primaire (kWhEP/m²) ou en énergie finale (kWhEF/m²) ;
- la part des opérations plus ambitieuses que la réglementation sur le volet énergétique (% des opérations ou % de réduction par rapport aux seuils réglementaires) ;
- l'efficience énergétique (€/kWhef économisé), appréciant le coût du kWh économisé en rapportant le coût de l'investissement de départ TDC au gain énergétique calculé ;
- le gain environnemental du projet :
 - La réduction des émissions de gaz à effet de serre (teqCO2/an).
 - La part de bâtiments labellisés ou certifiés,
 - La part des opérations livrées avec une unité de production d'énergie renouvelable.
 - La part de matériaux biosourcés ou géosourcés...

[173] Ces indicateurs doivent être adaptés suivant qu'ils concernent des travaux de construction neuve ou de rénovation.

[174] En particulier s'agissant des constructions neuves, il conviendra d'apporter un regard particulier sur la surface qui sera susceptible d'être artificialisée en application de la loi « zéro artificialisation nette » (ZAN) et sur le calcul de l'analyse du cycle de vie (ACV) du futur bâtiment, en application de la RE2020, pour vérifier si le projet respecte les seuils maximaux d'émissions de gaz à effet de serre (GES) fixés par la réglementation. En effet, d'un point de vue environnemental, il convient de promouvoir les rénovations plutôt que les constructions.

[175] Pour assurer le pilotage national de ces indicateurs et permettre la valorisation du programme, un dispositif de collecte national devra être mis en place.

Recommandation n°2 Mettre en place pour tous les projets Sécur des indicateurs de pilotage de la performance environnementale, incluant notamment la performance ou le gain énergétique attendu et la baisse des émissions de gaz à effet de serre attendue

[176] Pour évaluer ces critères, le référentiel devra également prévoir que les porteurs de projets fournissent les éléments de diagnostic suivants :

- un audit patrimonial permettant d'identifier les possibilités de valoriser le patrimoine existant de l'établissement ;
- une analyse du cycle de vie du bâtiment pour les constructions ;
- les données énergétiques enregistrées dans la base OPERAT et un audit énergétique pour les bâtiments sujets à rénovation.

- en cas de projet multisites de grande ampleur, un schéma directeur immobilier et énergie (SDIE) pourrait être utile.

[177] **En particulier, pour inciter les établissements à développer leur stratégie patrimoniale, il est proposé de conditionner les aides à l'investissement des projets les plus importants à la réalisation – ou l'actualisation- d'un audit patrimonial intégrant les enjeux de transition écologique notamment la question de l'éventuelle nécessaire rénovation des bâtiments.**

[178] Le seuil de 20 M€ pourrait être retenu par cohérence avec celui applicable à la production d'un rapport sociaux économiques, sachant que les projets supérieurs à 20 M€ représentaient 37 % des projets Ségur recensés par la DGOS en juin 2023.

Recommandation n°3 Systématiser pour tout projet d'investissement immobilier supérieur à 20 M€ leur validation à la transmission d'un audit patrimonial et d'un audit énergétique à un stade précoce de l'instruction

[179] **Par ailleurs, la mission a constaté au cours de ses échanges que les établissements de santé et médico-sociaux étaient particulièrement volontaires pour accélérer la transition écologique de leur établissement et que le contexte économique limite leurs ambitions au strict nécessaire.**

[180] Elle a jugé intéressante l'initiative prise par certaines ARS de mettre en place des bonus financiers pour les projets particulièrement ambitieux sur le plan environnemental.

[181] **Elle considère que cette bonification pourrait être un levier permettant de mettre en œuvre l'obligation de rénover, dans le cadre de la directive européenne sur l'efficacité énergétique, au moins 3 % des bâtiments publics de plus de 250 m² en bâtiments dont la consommation d'énergie est quasi-nulle (NZEB - Nearly Zero Energy Building) ou en bâtiments à émissions nulles (ZEB), soit l'équivalent du niveau « bâtiment basse consommation » (BBC).**

[182] Le versement de cette bonification serait conditionné à l'engagement de l'établissement lauréat de prendre une mission de commissionnement permettant de vérifier la bonne réalisation des objectifs poursuivis.

Recommandation n°4 Encourager la mise en place par les ARS d'une bonification financière incitative pour les projets immobiliers exemplaires visant le niveau « bâtiment basse consommation » (BBC) dans le cadre de la directive européenne sur l'efficacité énergétique

[183] La mise en œuvre de ces différentes recommandations implique un suivi dans le temps des projets jusqu'à la livraison des bâtiments.

2.4 Le décalage des projets sanitaires offre une opportunité pour organiser le suivi environnemental des projets Ségur

[184] **La mission estime que ses recommandations peuvent être mises en place à court terme, notamment la mise en place d'indicateurs de pilotage.**

[185] **Dans le champ sanitaire, le décalage dans le temps des projets Ségur permet encore cette adaptation.** Au vu du recensement consolidé à l'automne 2023 par la DGOS, seuls 26 % des projets étaient validés (étape 3). 63 % des projets n'avaient pas encore passé l'étape 1 d'instruction.

[186] En outre, les difficultés liées à la soutenabilité des projets ont conduit le CNIS à demander aux ARS de présenter des stratégies de repriorisation des projets. Il s'agit de déprioriser à partir de 2024 les projets qui ne sont pas encore viables au profit d'autres projets plus matures, au sein du même établissement ou au bénéfice d'autres établissements. Cette phase de repriorisation peut être mise à profit pour intégrer aux projets cette mesure de l'impact environnemental des projets.

[187] **Pour le secteur médico-social, il peut en être de même dans le cadre des opérations en cours dans le cadre du Ségur. En outre, les recommandations de la mission pourront être discutées dans le cadre de la préparation du prochain PAI.**

3 Au-delà du plan Ségur, la transition énergétique des établissements implique des mesures d'accompagnement et d'investissement supplémentaires

3.1 La transition énergétique des établissements implique d'activer différents leviers

[188] **Trois types de leviers sont à combiner pour améliorer la performance énergétique des établissements de santé et médico-sociaux :**

- **la sobriété énergétique**, qui vise à réduire la demande de services énergétiques par des changements de comportement au niveau individuel et collectif (ex. diminution de la surface du bâtiment, réglage des températures...) ;
- **l'amélioration de l'efficacité énergétique**, qui vise à consommer moins d'énergie pour le même service énergétique. Les travaux visant l'efficacité énergétique sont de différentes natures :
 - l'optimisation de l'efficacité des équipements existants (ex. optimisation de la taille des pompes, optimisation du déclenchement des équipements...) ;
 - l'utilisation d'équipements plus économies en énergie (ex. éclairages aux LED, passage d'un radiateur électrique à une pompe à chaleur...) ;
 - l'isolation de l'enveloppe des bâtiments (isolation des murs, du toit, du plancher bas, changement des fenêtres, etc.) ;
- **la décarbonation du vecteur énergétique**, qui peut comprendre :
 - le remplacement d'un vecteur énergétique fortement carboné (fioul, gaz) par un vecteur peu carboné (électricité) ;

- le développement du recours aux énergies de récupération et renouvelables (ENR-R), soit par mutualisation (ex. raccordement à un réseau de chaleur issue d'énergies renouvelables), soit par création (ex. géothermie, panneaux photovoltaïques, biomasse, récupération de chaleur fatale...).

[189] L'hétérogénéité des situations implique une granularité fine des actions à évaluer tant à l'échelle d'un site que d'un bâtiment en tant que tel.

3.2 Généraliser d'ici 2027 les actions de sobriété et d'optimisation énergétique en s'appuyant sur les CTEES

3.2.1 La consommation énergétique pourrait être réduite de plus de 30 % sans investissement majeur pour les établissements

[190] Les actions prioritaires à mettre en place pour réduire ses consommations résident dans la sobriété énergétique, l'optimisation des réglages et de la maintenance sur les systèmes et équipements et des petits travaux, permettant un retour sur investissement rapide.

[191] Le potentiel estimé dans différentes études des seules actions de sobriété est de l'ordre de 20 % à 30 % d'émissions du secteur résidentiel ou tertiaire²⁹. A titre d'exemple, de simples actions de sensibilisation des personnels peuvent selon l'ADEME faire gagner 5 % d'économie d'énergie.

[192] Les économies d'énergie ont atteint 19 % en moyenne pour les établissements de santé et 38 % en moyenne pour les établissements médico-sociaux mettant en œuvre des actions d'optimisation des systèmes et des équipements, selon une étude menée par la MAPES en 2022 portant sur 13 établissements de santé et 47 établissements médico-sociaux en Pays de la Loire. Les actions de type « quick win » comprennent notamment l'optimisation des réglages du système de chauffage, de ventilation ou de production d'eau chaude sanitaire, entre 2020 et 2022. De même, la mise en place d'un outil permettant de connaître et suivre les consommations et dépenses énergétiques a permis une baisse de 10 % des dépenses énergétiques des collectivités territoriales concernées, selon l'ADEME.

[193] Les mesures de sobriété et d'économie d'optimisation énergétique semblent avoir ainsi joué un rôle majeur dans la baisse des consommations d'énergie enregistrée dans le cadre du décret tertiaire, qui fixe pour objectif une réduction des consommations d'énergie de l'ordre de 40 % d'ici 2030, de 50 % d'ici 2040 et de 60 % d'ici 2050 par rapport à la consommation mesurée lors d'une année de référence choisie par l'établissement et comprise entre 2010 et 2019.

[194] En effet, selon les données transmises par les établissements sur la base OPERAT de l'ADEME, la baisse des consommations par m² est de l'ordre de 18 % pour les établissements de santé et médico-sociaux entre l'année de référence choisie et 2022. Elle est même de l'ordre de 27 % pour les activités libérales spécifiques (ex. radiologie, laboratoire...).

²⁹ France Stratégie - Les coûts d'abattement Partie 5 – Logement -Rapport de la commission présidée par Patrick Criqui – Novembre 2022

[195] Dans ces conditions, la moitié du chemin semble avoir été parcourue pour atteindre le premier jalon du décret tertiaire (-40 % en 2030).

Tableau 3 : Evolution de la consommation surfacique du secteur de la santé dans le cadre du décret tertiaire (en kWh/m²)

Catégorie d'activité majoritaire de la déclaration	Année de référence 2010-2019	2020	2021	2022	Evolution entre 2022 et l'année de référence
Activités de santé libérales avec process	262	195	207	191	-27 %
Centre hospitalier public et privé	302	256	263	248	-18 %
Etablissements médico-sociaux	201	168	179	165	-18 %

Source : ADEME – base OPERAT

[196] En procédant à une analyse plus fine des données d'OPERAT (cf. annexe 5), on constate que les consommations techniques influencent au final peu les consommations surfaciques moyennes des établissements. Ces consommations sont composées des zones à énergie maîtrisée (ZEM), telles que les blocs opératoires, la réanimation ou les laboratoires, et les zones de process (ex. blanchisserie, cuisine centrale...). Les montants des consommations moyennes et les taux d'évolution sont proches que les consommations techniques soient prises en compte ou non. Si ces consommations techniques pèsent sur les dépenses d'énergie, leur faible surface limite leur impact sur les consommations au global pour un établissement donné et donc sur le respect de la trajectoire du décret tertiaire.

[197] D'autre part, ces consommations techniques diminuent également mais dans de plus faibles proportions que les consommations générales, en particulier pour les ZEM. Cela tendrait à accréditer l'idée, rapportée par plusieurs interlocuteurs auprès de la mission, que les gisements d'économie d'énergie sont plus limités dans ces zones compte tenu notamment des normes de sécurité des soins applicables. Ces résultats spécifiques sont toutefois à manier avec précaution compte tenu de la faiblesse des effectifs statistiques.

[198] L'arrêté du 20 février 2024³⁰, dit « valeurs absolues IV », définit les objectifs de consommation des nombreuses sous-catégories d'usages pour les établissements de santé (ex. blocs opératoires, réanimation, salles blanches, laboratoires, stérilisation, blanchisserie...) et pour les établissements médico-sociaux (ex. blanchisserie, cuisine...) à prendre en compte dans le cadre du décret tertiaire. (cf. annexe 3). Une collecte plus spécifique des données d'exploitation des établissements permettrait de les confronter aux valeurs seuils fixées par la réglementation et d'identifier d'éventuelles difficultés de mise en application.

³⁰ Arrêté du 20 février 2024 modifiant l'arrêté du 10 avril 2020 relatif aux obligations d'actions de réduction des consommations d'énergie finale dans des bâtiments à usage tertiaire

3.2.2 Etendre le réseau des CTEES pour généraliser les actions de sobriété et d'optimisation énergétiques

[199] **Au regard du gisement d'économies d'énergie possible, les actions de sobriété et d'optimisation énergétiques devraient être généralisées.** Associées à quelques travaux de rénovation légère (ex. remplacement des lampes par des LED) dont le retour sur investissement est rapide (< 3-4 ans selon plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission) et en parties financés par les certificats d'économie d'énergie (CEE), **elles pourraient permettre à une partie des établissements sanitaires et médico-sociaux d'atteindre le premier jalon du décret tertiaire (baisse des consommations énergétiques de 40 % d'ici 2030) sans investissement majeur.**

Les certificats d'économie d'énergie (CEE)

Institué par la loi n° 2005-781 de programme du 13 juillet 2005 fixant les orientations de la politique énergétique (POPE), le dispositif des CEE a pour effet d'obliger les énergéticiens, dénommés « obligés », à réaliser ou à faire réaliser des actions d'économie d'énergie. Sur des périodes pluriannuelles successives (la cinquième période est en cours, entre 2022 et 2025), l'État fixe aux obligés, en fonction des volumes de leurs ventes, un montant (« obligation ») d'économies d'énergie à atteindre. À défaut, ils s'acquittent d'une pénalité fiscale libératoire.

La réalisation d'actions d'économies d'énergie donne lieu à l'octroi de CEE, dans une quantité dépendant du volume des économies d'énergie qu'elles entraînent. Peuvent être prises en compte toutes les actions bénéficiant aux ménages ou aux acteurs économiques (entreprises, personnes publiques, etc.), que l'énergie qu'ils consomment soit ou non prise en compte pour le calcul de l'obligation, dès lors que les économies d'énergie sont réalisées sur le territoire national.

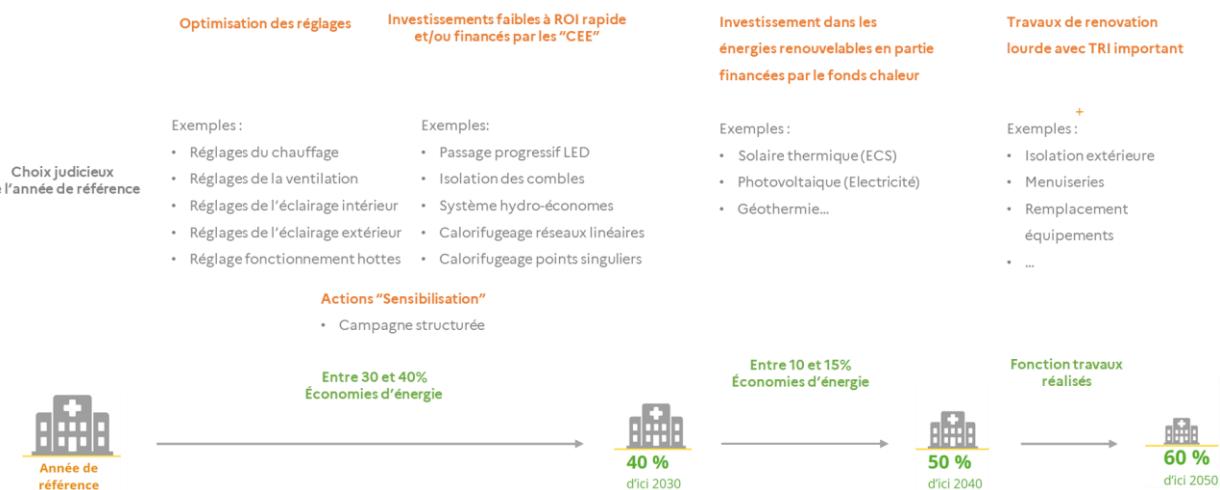
Pour les bâtiments tertiaires, 57 types d'opérations sont susceptibles d'être financées³¹, telles que l'isolation des combles, le remplacement de l'éclairage par des LED, le remplacement des équipements de ventilation...

Les obligés doivent répercuter de la manière la plus rigoureuse les coûts de production des CEE sur les prix de vente de l'énergie, faisant reposer le coût du dispositif in fine sur les consommateurs finaux des énergies soumises à obligations.

Source : *Inspection générale des finances*

³¹ <https://www.ecologie.gouv.fr/operations-standardisees-deconomies-denergie>

Schéma 4 : Exemple de trajectoire pour atteindre les objectifs du décret tertiaire



Source : MAPES

[200] Toutefois la plupart des établissements qui souhaitent engager de telles actions de maîtrise énergétique manquent de compétences humaines pour le faire.

[201] La mise en place du réseau des conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES) vise à pallier ce déficit.

[202] Dans le cadre du Ségur, 165 postes de CTEES ont été financés pour un montant de 11 M€ par an par la DGOS et la CNSA. Le financement est intervenu en deux phases : une première phase a consisté à financer 137 CTEES et 13 coordonnateurs régionaux de ce réseau en 2022, une seconde phase a permis le financement de 15 CTEES supplémentaires dans le secteur médico-social en 2023.

[203] Les CTEES accompagnent les établissements sanitaires et médico-sociaux de leur groupement pour réduire leur empreinte environnementale et notamment leurs consommations énergétiques. Ils ont pour missions d'assister et d'accompagner les établissements sanitaires et médicaux sociaux pour réaliser leur bilan patrimonial, initier et mettre en œuvre un plan d'action de réduction des consommation énergétiques, améliorer l'efficacité énergétique et participer à la recherche de financement de leur transition énergétique. L'enjeu est également de planifier et suivre les actions de transition écologique (plan annuel d'actions, élaboration et suivi des BEGES). Ils sont coordonnés par l'ANAP au niveau national.

[204] Le dispositif était calibré initialement sur le nombre de groupements hospitaliers de territoires (GHT), soit 137. Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) a permis de sélectionner des groupements d'établissements qui ont candidaté ensemble pour pouvoir recruter un conseiller chargé d'accompagner l'ensemble des établissements. A ce titre, les conseillers n'interviennent qu'au niveau des établissements ayant initialement répondu à l'AMI. La cible affichée par les pouvoirs publics était d'accompagner environ 5 000 établissements sanitaires et médico-sociaux.

[205] Ce dispositif s'inspire des programmes de financements de postes d'économies de flux lancés à destination des collectivités locales, notamment les conseillers en énergie partagé (CEP) de l'ADEME pour les communes de moins de 10 000 habitants et les économies de flux financés par le programme ACTEE (Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Energétique),

porté par la Fédération nationale des collectivités concédantes et régies (FNCCR). Ces deux dispositifs prévoient une subvention pendant une période de 3 ans à l'issue de laquelle il est supposé que la réduction des dépenses énergétiques permette d'autofinancer le poste.

[206] **Le financement des CTEES est calqué sur ce principe. Le financement des postes est assuré pour une période de 3 ans jusqu'à fin 2024** et les établissements sont invités à prendre le relais des financements ensuite au regard des économies engendrées par les actions mises en œuvre par les conseillers.

[207] **Les interlocuteurs rencontrés par la mission ont unanimement salué l'intérêt de ce réseau.** Certaines ARS ont ainsi décidé de financer en sus des dotations nationales des postes complémentaires (ex. ARS Bourgogne Franche Comté) ou conventionné avec le programme ACTEE pour co-financer des postes supplémentaires (ex. ARS Pays de la Loire). L'ANAP recense 14 postes directement financés par les établissements ou par les ARS.

[208] **Si la montée en charge de ce réseau est encore en cours, ses premiers résultats sont probants (cf. annexe 6).** La consommation surfacique moyenne des établissements accompagnés a baissé de 13 % entre 2021 et 2022 (de 246 kWh/m² à 215 kWh/m²), selon l'ANAP.

[209] **La mission estime ainsi à 71 M€ l'économie en matière de dépenses énergétiques attendue en 2022 de l'action des CTEES,** compte tenu du coût de l'énergie (87 €/GWh en moyenne en 2022 pour les CHU). Les économies d'énergie susceptibles d'être générées par le programme sont estimées à environ 800 GWh en prenant en compte la baisse de 13 % des consommations énergétiques et la surface du parc accompagnée par les CTEES (25 Mm²). **Ces résultats montrent que les économies d'énergie générées compensent a priori largement l'investissement initial pour constituer le réseau (11 M€/an).**

[210] **En projetant ce raisonnement sur 2030, premier jalon du décret tertiaire avec une réduction des consommations énergétiques attendue de 40 % par rapport à l'année de référence choisie, l'économie annuelle à cet horizon serait de l'ordre de 550 M€ (euros 2022)** correspondant à 22 % de la dépenses énergétique des établissements de santé et des EHPAD estimée par la mission à 2,5 Md€s pour 2022 (2,2 Md€s pour le champ sanitaire et 0,3 milliards pour les EHPAD, cf. supra point 2.2.2). En effet, selon les données transmises par l'ADEME, seule la moitié du chemin pour atteindre le jalon 2030 du décret tertiaire (40 %) a été parcourue (baisse des consommations par m² de l'ordre de 18 % pour les établissements de santé et médico-sociaux entre l'année de référence choisie et 2022). Cette estimation ne prend pas par ailleurs en compte l'augmentation attendue du coût de l'énergie d'ici 2030.

[211] **Ce réseau peut pour autant encore gagner en efficacité.** L'enquête 2017 de l'ADEME sur les dépenses énergétiques des collectivités locales montre que les communes bénéficiant des services d'un conseiller en énergie partagé (équivalent des CTEES pour les collectivités locales) ont une consommation énergétique inférieure à la moyenne d'environ 30 %.

[212] **Au regard de ces résultats, la mission estime nécessaire d'élargir la couverture des établissements accompagnés.** Selon l'ANAP, si la cible initiale est atteinte (5253 établissements sanitaires et médico-sociaux sont déclarés couverts par le dispositif à fin 2023), seuls 48 % des établissements de santé et 19 % des EMS sont couverts par le dispositif à fin 2023, ce qui ne peut qu'engendrer des difficultés d'accès dans certains territoires à un CTEES.

[213] **Les besoins sont ainsi particulièrement flagrants dans le domaine médico-social.** En tant que conseillers mutualisés, les CTEES présentent une véritable plus-value pour les petits établissements de santé et médico-sociaux qui ne peuvent se doter d'une compétence en propre.

[214] **En prenant comme hypothèse un conseiller par GHT pour le sanitaire (137 en France) et au moins un conseiller pour le médico-social par département (101), une cible de 240 conseillers pourrait être retenue en termes de couverture du territoire.** Il pourrait notamment être envisagé que les postes pour le secteur médico-social soient portés par les groupements territoriaux de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), les conseils départementaux volontaires ou les futurs Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS) afin de garantir l'accès de tous les établissements à ces ressources.

Recommandation n°5 Poursuivre le déploiement des CTEES pour atteindre la cible de 240 conseillers et renforcer notamment l'accompagnement des établissements médico-sociaux

[215] **Cette cible est volontariste et pose la question de l'attractivité des postes offerts, dans un contexte où la compétence « économie de flux » est soumise à une forte concurrence sur le marché de l'emploi.** La crise énergétique a en effet poussé de nombreuses entreprises à internaliser ce type de compétences. Selon le programme ACTEE, qui recense 10 % de postes vacants au sein de son réseau, le montant de la rémunération sur ce type de compétences (environ 20 % inférieure à celle du secteur privé) et le recours aux contrats à durée déterminée limitent l'attractivité de ces postes dans le secteur public. Les ARS ultra-marines ont fait part à la mission de difficultés de recrutement plus fortes sur ces territoires.

[216] **Or le réseau des CTEES est d'ores et déjà fragile.** Le quantum de démissions et un fort volant de CDD (58 %) illustrent d'ores et déjà les difficultés.

[217] La mission estime donc nécessaire de sécuriser les postes pour donner de la visibilité aux CTEES et éviter les départs.

[218] **A cet égard, l'arrêt des financements nationaux fin 2024 apparaît prématuré** et pourrait fragiliser grandement la dynamique enclenchée alors que de premiers gains sont engrangés.

[219] **En outre, le retour d'expérience des autres réseaux d'économies de flux montrent qu'une durée de subvention pendant 3 ans est trop courte pour bien faire la preuve du concept et permettre aux établissements de préparer leur modèle économique de reprise du poste.** Si l'ADEME et le programme ACTEE prévoyaient initialement un financement pendant 3 ans, ils ont dans les faits subventionné les postes pour une période plus longue. Le programme ACTEE s'engage dorénavant sur un financement pendant 6 ans, en prévoyant des bonus en cas de CDIsation du poste, et sous réserve de la présentation par la collectivité d'un modèle de financement à terme.

[220] **Enfin les échéances réglementaires à venir nécessitent de poursuivre l'accompagnement des établissements à minima jusqu'en 2027.** Il sera en effet nécessaire de préparer les établissements concernés à la déclaration des modulations ou exemptions possibles au décret tertiaire en 2026 et à la mise en œuvre d'un système d'automatisation et de contrôle des installations techniques des bâtiments (de type GTB ou GTC) d'ici 2027.

[221] **La poursuite des financements nationaux pour trois années supplémentaires apparaît donc nécessaire.** Ces financements porteraient sur les postes supplémentaires à créer pour améliorer la couverture du réseau et les postes qui n'ont pas encore été repris en CDI par les établissements, soit 192 postes. **La dépense serait ainsi de 13 M€ par an.** Les financements seraient assujettis à la présentation par les établissements porteurs d'un modèle de financement du poste un an avant la fin des financements nationaux.

[222] **Cette dépense supplémentaire de 13 M€ est à rapprocher des économies estimées supra pour 2022 (71 M€) et de celles encore à engranger à l'horizon 2030 (de l'ordre de 550 M€ par an) correspondant au premier jalon du décret tertiaire.**

Recommandation n°6 Maintenir un financement national jusqu'en 2027 pour permettre l'extension du réseau des CTEES et sécuriser l'action des conseillers qui ne bénéficient pas d'un CDI, en prévoyant les modalités de financement des postes à l'issue

[223] **Il apparaît d'autant plus important de poursuivre le financement des CTEES que tous les interlocuteurs rencontrés par la mission, à commencer par les établissements et les ARS, déplorent le « maquis » et la complexité des aides susceptibles d'être mobilisées** (cf. annexe 5) par les établissements au titre de la transition énergétique et appellent de leur voeux la constitution d'un guichet unique susceptible d'orienter les porteurs de projet.

[224] **L'ANAP envisage dans ce cadre de créer un guichet national d'appui**, doté de deux ETP, pour accompagner les établissements dans l'identification des aides disponibles, la constitution des dossiers de demande d'aide et le suivi des dossiers. Ce guichet d'appui est particulièrement utile mais paraît insuffisant pour accompagner chacun des établissements et apporter un appui de proximité.

[225] **Par ailleurs, de nombreux dispositifs d'aides existent au niveau local :** certains appels à projets de l'ADEME sont exclusivement régionaux, les programmes ACTEE sont sujets à des conventions passées avec les ARS, les collectivités locales (ex. région, département, syndicat d'énergie, agences locales pour le climat...) peuvent également développer des dispositifs de soutien.

[226] **Pour la mission, les CTEES ont vocation à constituer le guichet unique des établissements, en s'appuyant sur les coordinateurs régionaux et le guichet national de l'ANAP en second niveau.** Toutefois, les CTEES actuellement en poste n'ont pas tous les compétences pour exercer les missions de ce guichet unique de proximité. Des formations au montage des dossiers de subventions ont été mises en place par le programme ACTEE et sont ouvertes aux CTEES.

Recommandation n°7 Former les CTEES à l'élaboration de plans de financement des actions de réduction des consommations d'énergie pour mobiliser les différentes aides disponibles

3.2.3 Construire un programme national de certificat d'économie d'énergie (CEE) pour accélérer les économies d'énergie des établissements

[227] **Le financement du réseau des CTEES et des actions d'optimisation énergétique pourrait être assuré par le biais d'un programme national « certificat d'économie d'énergie » (CEE), à l'instar du programme ACTEE (Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Energétique) porté par la Fédération nationale des collectivités concédantes et régies (FNCCR).**

[228] **Le programme ACTEE est doté d'un budget de 220 M€ sur 3 ans (2024-2026), dont 200 M€ de fonds dédiés au financement de projets locaux** permettant d'accélérer les projets de rénovation des bâtiments publics. Il est principalement destiné aux collectivités locales. Ce programme peut financer le recrutement d'économies de flux, l'acquisition d'outils (ex. capteurs et logiciels de suivis de consommation...), des audits énergétiques...

[229] **Les programmes nationaux CEE sont attribués par le ministère chargé de l'énergie** (direction générale de l'énergie et du climat) à partir de dossiers déposés par des porteurs de projets publics ou privés.

Les programmes nationaux CEE

Ces programmes s'appuient sur l'article L.221-7 du code de l'énergie qui prévoit que « *la contribution à des programmes de réduction de la consommation énergétique des ménages les plus défavorisés ou à des programmes d'information, de formation et d'innovation favorisant les économies d'énergie, ou portant sur la logistique et la mobilité économies en énergies fossiles peut donner lieu à la délivrance de CEE* ».

Pour les programmes, les certificats sont délivrés pour des actions n'entraînant pas directement un gain d'efficacité énergétique. La création de ces programmes constitue donc un écart au principe du dispositif CEE.

Un programme CEE est encadré par un arrêté du/de la Ministre en charge de l'énergie (direction générale de l'énergie et du climat) qui définit, notamment le ou les porteurs du programme qui reçoivent les fonds, les principes d'action du programme, le volume maximum de CEE délivrés, la date de fin du programme et le facteur de conversion fixe entre les € versés au programme et les CEE délivrés. Une quarantaine de programmes nationaux CEE sont autorisés.

Outre le programme ACTEE, le programme « Justin' Move » est à signaler. Porté par l'association SIEL BLEU et doté d'un budget de 8 M€ jusqu'en 2026, ce programme ambitionne de sensibiliser plus de 120 000 salariés précaires répartis dans 2400 établissements médico-sociaux (EHPAD, hôpitaux, structures handicap...) aux mobilités durables.

[230] **Il paraît donc opportun de construire un programme national favorisant les économies d'énergie des établissements sanitaires et médico-sociaux et de le soumettre au ministère de l'énergie.** L'élaboration de ce programme pourrait être confiée à l'ANAP qui dispose de l'expertise technique et de la légitimité nécessaire. Une coopération avec la FNCCR serait probablement utile pour favoriser les convergences avec le programme ACTEE, à l'instar des conventions qui ont déjà été signée avec les ARS dans certaines régions.

Recommandation n°8 Soumettre au ministère chargé de l'énergie un programme national « certificat d'économie d'énergie », le cas échéant avec le programme ACTEE, pour financer le réseau des CTEES et des actions d'optimisation énergétique

3.3 Dresser sans attendre un inventaire du patrimoine immobilier des établissements

3.3.1 Le parc immobilier est mal connu et peu piloté

[231] Selon des estimations anciennes, la surface des établissements sanitaires et médico-sociaux est d'environ 110 millions de m². L'ANAP³² estime que l'ensemble du parc des établissements de santé représente environ 75 millions de m² et que l'ensemble des 33 000 ESMS regroupent un patrimoine immobilier de 30 à 40 millions de m², soit environ 110 millions de m². L'ANAP s'appuie sur des données de la DREES (2020) s'agissant des établissements de santé et de Pôle emploi (2012) s'agissant des établissements médico-sociaux.

[232] L'estimation de l'ANAP est cohérente avec une étude du commissariat général au développement durable (CGDD) datée de 2020³³. Pour cette dernière, les établissements de santé et médico-sociaux représentaient 12 % du parc tertiaire estimé à 922 millions de m² en 2010, soit 110 millions de m² environ également. Elle est également équivalente aux dernières estimations de l'ADEME qui indique que la surface chauffée des établissements de santé et médico-sociaux représente environ 114 millions de m² de bâtiments³⁴.

[233] Ces estimations sont pour autant relativement anciennes et soumises à de nombreuses incertitudes.

Il n'existe aujourd'hui aucun inventaire exhaustif du patrimoine hospitalier

[234] Pour les établissements de santé, une plateforme numérique nationale, la base OPHELIE (Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation - Indicateurs – Environnement), avait été lancée en mai 2014 par la DGOS pour collecter les données patrimoniales et immobilières des établissements de santé. Cette application devait être alimentée par les établissements, sur la base du volontariat, ou de manière obligatoire pour les projets soumis au COPERMO (Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins institué de 2012 à 2021).

[235] La base OPHELIE est incomplète et ne permet pas d'assurer un pilotage stratégique immobilier, à l'échelle nationale comme au niveau des ARS. Si elle existe encore aujourd'hui, cette plateforme, administrée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), n'est quasiment plus alimentée depuis 2019. A date, elle ne comporte que 340 dossiers.

[236] Le constat que la Cour des comptes posait en juin 2013³⁵ reste donc d'actualité : « le ministère de la santé ne dispose pas d'outils suffisants de connaissance et de suivi du patrimoine

³² ANAP - Kit d'outils : Mettre en œuvre le décret tertiaire

³³ CGDD - Scénarios de rénovation énergétique des bâtiments tertiaires - Quelles solutions pour quels coûts à l'horizon 2050 ? – décembre 2020

³⁴ ADEME, Chiffres clés Climat, Air et Énergie, édition 2018.

³⁵ Cour des Comptes - La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins – juin 2013

hospitalier pour lui permettre de définir et de mettre en œuvre avec toute la rigueur souhaitable une politique active en ce domaine ».

Le secteur médico-social dispose de données plus complètes mais peu exploitées

[237] **Le tableau de bord de la performance administré par l'ATIH permet d'avoir une meilleure connaissance du parc immobilier du secteur médico-social.** Les établissements et services renseignent tout un ensemble de données sur leur offre, les ressources humaines, les finances, les systèmes d'information, ainsi que le développement durable depuis 2022. Il constitue un outil de pilotage disponible pour les établissements pour se comparer entre eux. Il est également un outil de pilotage pour les ARS et les conseils départementaux, notamment sur les enjeux patrimoniaux et de transition énergétique dont il convient de se saisir. L'alimentation annuelle du tableau de bord est obligatoire depuis 2019³⁶.

[238] Certaines des données renseignées permettent d'éclairer la situation patrimoniale des EMS : identification des sites et des bâtiments, date de construction ou de dernière grosse rénovation, accessibilité et sécurité des bâtiments, nature du droit d'occupation, superficies bâimentaires et foncières, taux de vétusté des constructions.

[239] **D'après les données de ce tableau de bord, la surface totale de l'ensemble des EHPAD serait de 26 Mm², pour une surface moyenne de 5000 m², en 2022.** Cette estimation est a priori supérieure à celle de l'ANAP portant sur l'ensemble des établissements médico-sociaux (30 - 40 Mm² au total). Le Tableau de bord de la performance permet a priori de disposer d'une connaissance précise et étendue du patrimoine de l'offre médico-social à l'échelle du territoire, même si aucune étude sur la qualité de ces données n'a été menée pour le moment.

3.3.2 A l'échelle des établissements, les stratégies patrimoniales ne sont pas toujours approfondies

[240] **Les aides aux projets d'investissement des établissements ne sont pas aujourd'hui assujetties à la réalisation d'un audit patrimonial**, y compris pour les plus importants d'entre eux (cf. partie 1).

[241] **Si les établissements sont généralement dotés d'un schéma directeur immobilier, la question du patrimoine en tant que telle n'est pas toujours investie finement alors qu'elle constitue une réelle opportunité d'optimisation des surfaces** détenues et donc des consommations énergétiques et de l'empreinte environnementale associées. Les échanges avec la CIA des CHU menés par la mission ont souligné que le patrimoine hospitalier est souvent le fruit d'une sédimentation historique et, pour une partie, inadapté aux besoins actuels impliquant une certaine discordance entre un bâti figé et une nécessaire adaptation de l'offre de soins.

[242] Une étude publiée dans Finances hospitalières en 2022³⁷ souligne ainsi que 80 % des CHU sont dans une situation de sédimentation immobilière sur une longue période tout en indiquant

³⁶ Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social

³⁷ « Le Patrimoine, dans le « monde d'après », est un véritable levier d'efficience pour les établissements de santé », Jean-Gabriel Lévrier, Patrimoine Performance Service, Finances Hospitalières, janvier 2022

que cette problématique se retrouve également dans de très nombreux centres hospitaliers. Selon cette étude, le « mitage » des occupations, avec des surfaces sous-occupées voire des étages vides dans certains bâtiments, représenteraient 20 à 35 % du total des surfaces de plancher avec pour conséquence un empilement des dépenses d'exploitation, et une lecture peu aisée de la géographie des sites hospitaliers pour les patients.

[243] **Les audits patrimoniaux menés par certains établissements publics permettent d'inscrire la réflexion à plus long terme en cohérence avec la cible finale du schéma directeur immobilier tout en suscitant d'éventuelles opportunités de valorisation (cessions, concessions de services pour l'accompagnement des personnels ou des patients...).**

[244] Certaines structures ont positionné ce type d'audit comme point de départ de leur stratégie immobilière et de transition écologique, à l'instar du Groupe Ramsay ou de la Croix-Rouge Française.

[245] **Il convient donc d'inciter les établissements à valoriser leurs biens non affectés aux soins ou à la prise en charge trop coûteux à rénover ou identifiés comme passoires énergétiques.** Les aides publiques à l'investissement devraient être conditionnées à la réalisation d'un audit patrimonial pour les projets de plus de 20 M€ (cf. recommandation n°3).

3.3.3 Formaliser une politique patrimoniale des établissements dans le cadre de la transition écologique

3.3.3.1 Dresser un premier inventaire du patrimoine hospitalier en 2025

[246] Comme souligné précédemment, la base OPHELIE n'est aujourd'hui quasiment plus alimentée par les établissements. Contrairement au COPERMO, l'instruction des projets Ségur n'est plus assujettie par l'alimentation de cette base. Au regard de la faible adhésion à la plateforme, la DGOS, l'ANAP avait initié en 2018 une refonte de l'applicatif pour rendre la saisie plus simple mais ces travaux n'ont pas abouti.

[247] **Or, la directive européenne sur l'efficacité énergétique impose aux Etats membres d'établir et de rendre public, avant le 11 octobre 2025, un inventaire des bâtiments chauffés et/ou refroidis appartenant à des organismes publics ou occupés par ceux-ci et ayant une surface au sol utile totale supérieure à 250 m² comportant au moins la surface au sol, la consommation annuelle d'énergie et le certificat de performance énergétique de chaque bâtiment.**

[248] **La mission recommande que des travaux soient relancés dès 2024 pour dresser à minima un recensement du patrimoine hospitalier en 2025 comportant certaines données essentielles, à l'instar du tableau de bord de la performance du médico-social : nombre de m², état et vétusté du patrimoine, performance énergétique.** L'enjeu à brève échéance est de disposer d'une connaissance du patrimoine immobilier pour l'ensemble du parc et d'identifier les priorités en termes de performance économique et environnementale.

[249] **Ce premier travail d'inventaire pourrait s'appuyer sur l'outil PrioReno développé par la Banque des Territoires, en lien avec les fournisseurs d'énergie, et accessible gratuitement aux établissements sanitaires et médico-sociaux.** Ce service gratuit, développé initialement pour les collectivités locales et les bailleurs sociaux, permet aux utilisateurs d'adopter une vision

stratégique globale de leur parc immobilier et d'identifier les rénovations à mener en priorité dans le cadre de la transition écologique et de la lutte contre les déperditions d'énergie. Il est en cours de déploiement pour les 28 000 bâtiments de l'Etat afin d'évaluer les besoins en matière de rénovation énergétique et de définir les priorités associées.

[250] L'outil collecte et apparie automatiquement les données foncières de la DGFIP, les données satellite et les données énergétiques auprès des fournisseurs d'énergies et permet aux utilisateurs de dresser un inventaire global de leur patrimoine, de suivre les consommations énergétiques mensuelles de chaque point de livraison d'énergie et d'identifier le potentiel photovoltaïque des toitures de chacun des bâtiments.

[251] **L'utilisation par les établissements de santé et médico-sociaux supposent que ceux-ci autorisent la banque des territoires à récupérer leurs données de consommations énergétiques auprès des fournisseurs d'énergie.** Cette collecte pourrait s'appuyer sur les CTEES, dans le cadre d'une campagne nationale pilotée par le ministère. Des premiers échanges ont été engagés entre l'ANAP et la Banque des Territoires.

Recommandation n°9 Etablir dès 2025 un état des lieux du patrimoine hospitalier et médico-social pour estimer les besoins en matière de rénovation et définir les priorités associées, en s'appuyant si possible sur l'outil PrioRéno de la Banque des territoires

[252] **Au-delà, il apparaît nécessaire de se doter d'un véritable système d'informations de l'immobilier sanitaire et médico-social pour permettre aux décideurs de faire des choix éclairés sur le niveau d'investissement nécessaire pour assurer le maintien du parc immobilier et son optimisation, en intégrant les enjeux du décret tertiaire.**

[253] **La plupart des acteurs investissent aujourd'hui dans de tels systèmes d'informations.** La direction de l'immobilier de l'Etat (DIE) mobilise entre 3 et 4,5 M€ par an et une dizaine d'agents pour développer le système d'information de l'immobilier de l'Etat (SIIIE). Elle a identifié seize données prioritaires, portant notamment sur les surfaces, la présence d'amiante, l'accès (accessibilité, proximité des transports en commun...), la performance énergétique³⁸. La Croix Rouge française développe un portail permettant de croiser les données portant sur l'immobilier (numérisation des référentiels immobiliers, travaux, contrats de maintenance...), l'environnement (consommation des fluides, empreinte carbone...) et les données de mobilité (flotte de véhicule...).

³⁸ Immobilier de l'Etat : une nouvelle architecture pour professionnaliser – Rapport de l'inspection générale des finances et du conseil général de l'environnement et du développement durable– Avril 2022

Politique immobilière de l'Etat

Le parc immobilier de l'État comprend près de 200 000 bâtiments occupant 95 Mm², dont 80 % des surfaces sont détenues en propriété. Ce parc est piloté par la direction de l'immobilier de l'État (DIE), composée de 1 500 agents et s'appuie sur des outils de recensement et de diagnostic de l'état des bâtiments. Ainsi, l'un des modules du logiciel comptable de l'État, Chorus, tient un inventaire patrimonial, tandis que le système d'information de l'immobilier de l'État comporte un référentiel technique qui recense les principales caractéristiques de chaque bâtiment (surfaces, accessibilité, bilan énergétique, etc.) et dispose d'un outil d'analyse et de diagnostic. Ce dernier permet d'établir les schémas pluriannuels de stratégie immobilière ministérielle (SPSI) et leur déclinaison pour les services déconcentrés, les schémas directeurs immobiliers régionaux (SDIR).

Cet inventaire permet de construire une méthode permettant programmation pluriannuelle des investissements, à l'horizon 2051, intégrant les objectifs réglementaires de performance énergétique. Une étude, confiée au CEREMA, a calculé ainsi des trajectoires de dépenses d'ici 2051 (sur 28 ans) qui sont estimées entre 142,2 Mds€ (soit 5,1 Mds€ par an en moyenne) et 146 Mds€ (soit 6,4 Mds€ par an en moyenne). En déduisant les crédits existants, les recettes et les dépenses évitées consécutives à la réduction des surfaces d'immobilier tertiaire et les économies liées aux baisses de dépenses énergétiques, le solde à financer s'établit à 75,8 Mds€ ou 79,6 Mds€ selon les scénarios.

Source : Cour des Comptes³⁹

[254] Un tel système d'information pour les établissements sanitaires et médico-sociaux serait utile mais en veillant à sa simplicité d'usage et à son interfaçage avec les bases de données existantes (ex. tableau de bord médico-social, base OPERAT, PrioReno, base bilan GES ou outil ANAP de calcul de l'empreinte carbone...).

Recommandation n°10 Fiabiliser à terme l'inventaire du parc immobilier

3.4 Préparer un plan pluriannuel de rénovation des établissements de santé et médico-sociaux pour surmonter l'ampleur des investissements à venir

3.4.1 L'ampleur de l'investissement pour la rénovation énergétique implique de mettre en place une approche ciblée

[255] Les impératifs climatiques et plus spécifiquement la mise en œuvre du décret tertiaire vont nécessiter des investissements très importants en matière de rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux pour atteindre les objectifs fixés : réduction de la consommation énergétique de 40 % en 2030 puis de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050.

³⁹ La prise en compte de l'adaptation au changement climatique dans la politique immobilière de l'État – rapport annuel de la Cour des Comptes – mars 2024

Une exigence d'exemplarité est également attendue des bâtiments publics dans le cadre de la directive européenne portant sur l'efficacité énergétique.

[256] **Si elles sont substantielles, les économies d'énergie réalisées en exploitations seront insuffisantes pour atteindre les objectifs du décret tertiaire en 2040 et 2050.** L'atteinte des deuxième et troisième jalons du décret tertiaire impliquera dans la majorité des cas des investissements lourds, notamment pour assurer l'isolation du bâti et la décarbonation des systèmes de chauffage. A titre d'exemple, l'investissement nécessaire à la rénovation énergétique du CHU de Montpellier est chiffré à 36 M€.

[257] **Selon le rapport Pisani-Ferry-Mahfouz, les investissements totaux nécessaires à la rénovation des bâtiments publics assujettis au décret tertiaire serait de l'ordre de 10 Mds€ par an d'ici 2030⁴⁰.** L'étude d'impact du décret tertiaire évoquait quant à elle, en 2019, un coût de 60 Mds€ sur 30 ans soit environ 2 Mds€ par an, sur la base d'un coût moyen estimé à 180 €/m².

[258] **La mission a procédé à une première estimation de l'investissement nécessaire à la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publics** (cf. annexe 7).

[259] **Le scénario vise à rénover 70 % du parc immobilier des établissements sanitaires et médico-sociaux d'ici 2050, soit 52 Mm²,** de manière lissée (taux de rénovation de 3,8 % par an), afin de répondre aux différentes réglementations⁴¹. Il se fonde sur un gain énergétique de 40 %, selon le label BBC rénovation tertiaire utilisé pour répondre aux exigences de la directive sur l'efficacité énergétique (rénovation d'au moins 3 % du parc par an à un niveau BBC).

[260] Il s'appuie sur trois hypothèses de coût des travaux :

- Un coût lié à la simple rénovation énergétique (isolation, changement de chaudière) estimé à 400 €/m² à dire d'experts rencontrés par la mission (hypothèse A) ;
- Un coût lié à rénovation énergétique intégrant les travaux embarqués et les études associées, estimé à 1 000 €/m² par les représentants hospitaliers (hypothèse B)⁴² ;
- Un coût lié à la rénovation globale d'un bâtiment incluant les surcoûts liés à la rénovation énergétique, estimé à 1 500 €/m² par la direction de l'immobilier de l'Etat (hypothèse C)⁴³.

[261] Le coût moyen retenu est de 115 €/MWh (moyenne des prix constatés par les CHU ces trois dernières années) et une hypothèse de progression annuelle des coûts de rénovation et de l'énergie de l'ordre de 2 % est posée.

⁴⁰ Les incidences économiques de l'action pour le climat - Rapport à la Première ministre - Jean Pisani-Ferry - Selma Mahfouz (IGF) – France Stratégie- mai 2023

⁴¹ L'annexe 7 détaille les hypothèses retenues pour le scénario. Le taux de 70 % est estimé à partir de la part d'établissements sanitaires et médico-sociaux construits avant les années 2000 (81 %) et d'une hypothèse de travaux de rénovation déjà engagés pour ce parc de l'ordre de 10 % notamment dans le cadre du Ségur.

⁴² Ce montant est proche du montant moyen retenu pour fonder le plan de rénovation énergétique des écoles (1100 €) qui est toutefois jugé par le ministère chargé de l'écologie supérieur aux coûts de rénovation constatés

⁴³ Rapport IGF-CGEDD précité

Tableau 4 : Scénario de rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publics

	Hypothèse A	Hypothèse B	Hypothèse C
Gain énergétique 2025-2060 (kWh)	121 902 725 000	121 902 725 000	121 902 725 000
CO2 évité 2025-2060 (T)	12 641 950	12 641 950	12 641 950
Coût des travaux 2025-2050 (€)	26 871 195 811	67 177 989 529	100 766 984 293
Coût annuel des travaux (€)	1 033 507 531	2 583 768 828	3 875 653 242
Dépense énergétique évitée 2025-2060 (€)	14 298 730 762	14 298 730 762	14 298 730 762
Coût net (€)	12 572 465 050	52 879 258 767	86 468 253 532
Coût abattement (€/TCO2)	995	4 183	S.O.

Source : Mission

Note : Pour le calcul des gains énergétiques et des émissions les valeurs de 2050 sont prolongées de 10 ans pour tenir compte des gains apportés par les rénovations en fin de période. Le coût d'abattement n'est pas calculé pour le scénario C qui poursuit un objectif plus vaste que la rénovation énergétique.

[262] Ce scénario permettrait d'économiser 122 000 MWh et 12 MT de CO2 sur la période 2025 - 2060 et les dépenses énergétiques de 14,3 Mds€, soit 400 M€ en moyenne annuelle.

[263] Le coût d'investissement lié à la rénovation énergétique serait compris entre 27 Mds€ et 67 Mds€ sur la période 2025-2050, soit un investissement annuel compris entre 1 et 2,5 Mds€. L'hypothèse C représente le coût global de rénovation du parc immobilier considéré intégrant les surcoûts liés à la rénovation énergétique.

[264] Ces estimations doivent être prises comme des ordres de grandeur. Elles sont sujettes à des marges d'erreur importantes compte tenu du manque de données précises sur l'état du parc immobilier et leur performance énergétique qui amènent à formuler des hypothèses simplistes et générales, alors que l'hétérogénéité des situations implique une granularité fine des actions. La plupart des études menées sur le coût de rénovation du parc de logements ou de l'immobilier de l'Etat s'appuient par exemple sur des matrices de passage d'une étiquette de passage d'une étiquette DPE à une autre, ce qui n'est pas possible pour les établissements sanitaires et médico-sociaux en l'absence de caractérisation initiale du parc. En l'absence de telles données, la mission

s'est appuyée sur des coûts unitaires des travaux de rénovation énergétique qui sont soumis à dire d'experts et diffèrent fortement selon les études.

[265] **Par ailleurs, cette estimation souffre de certaines faiblesses :**

- La surface globale du parc immobilier est supposée constante, alors qu'une progression des normes de surface est demandée dans le cadre notamment de l'évolution du confort hôtelier. A l'inverse le parc à rénover sera probablement plus faible qu'estimé par la mission, en l'absence de données permettant de prendre en compte les cessions de bâtiments, la performance énergétique réellement mesurée des bâtiments et leur comparaison aux valeurs absolues du décret tertiaire applicables au secteur de la santé qui viennent d'être fixées par arrêté du 20 février 2024, les exemptions possibles au décret tertiaire, notamment pour les opérations impliquant des temps de retours sur investissement supérieurs aux valeurs maximales fixées par la réglementation ;
- Les surcoûts liés au développement des énergies renouvelables (ex. panneaux photovoltaïques sur les toitures) ou l'adaptation des bâtiments au changement climatique ne sont pas pris en compte ;
- Les surcoûts liés à la reconstruction des bâtiments qui seraient trop coûteux à rénover ne sont également pas pris en compte.

[266] Enfin, la mission n'a pas pris en compte les économies supplémentaires générées par la décarbonation des systèmes de production d'énergie. En particulier le remplacement progressif des chaudières à gaz par d'autres vecteurs moins carbonés devrait faire baisser le montant acquitté par les établissements au titre de la taxe intérieure de consommation du gaz naturel (TICGN), dont le montant en 2024 est de 16,37 €/MWh, soit deux fois plus qu'en 2023.

[267] **La mission a par ailleurs calculé les coûts d'abattement associés aux différentes hypothèses de ce scénario**, c'est-à-dire leur coût rapporté aux émissions évitées, et les a comparés à la valeur d'action climat (VAC) calculée par France Stratégie à l'horizon 2050 (775 €/T CO₂ évité), afin d'évaluer l'efficacité socioéconomique d'une action. **Quelle que soit l'hypothèse retenue, le coût d'abattement est supérieur à la VAC 2050, ce qui indique que, de manière globale et selon cette première étude, la rénovation complète du parc n'est pas socioéconomiquement rentable.** Là encore, les résultats méritent d'être nuancés car le scénario de la mission ne prend pas en compte certaines externalités positives de la rénovation énergétique, notamment en termes de santé⁴⁴. Ils méritent de l'être également car si au global le coût d'abattement semble supérieur à la VAC, une connaissance plus fine du patrimoine permettra de cibler les actions qui marginalement pourront présenter un bilan tout à fait positif pour le climat (chaudière au fioul par exemple).

[268] **France Stratégie note à cet égard que le coût d'abattement d'une rénovation est très variable selon les caractéristiques du bâtiment sur lequel elle est appliquée.** A titre d'exemple, le coût d'abattement associé à une rénovation d'un logement initialement chauffé au fioul et d'étiquette énergétique E vers une étiquette B et un passage à un chauffage électrique performant est compris entre 90 et 130 €/T CO₂ évité. A l'inverse, le coût d'abattement du passage d'un logement chauffé à l'électricité de E vers B est de 1 240 €/T CO₂ évité, ce qui ne la rend pas

⁴⁴ Évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public – rapport CGDD, France Stratégie et SGPI, sous la direction de Benoît Dervaux et Lise Rochaix, mars 2022

rentable sur le plan socio-économique. Cette forte hétérogénéité de l'efficacité socio-économique est à prendre en compte dans l'élaboration des politiques publiques, notamment en termes d'opportunité de subventionner la rénovation de l'ensemble des logements⁴⁵.

[269] **La situation est différente s'agissant des bâtiments publics compte tenu des obligations réglementaires pesant sur les établissements.**

[270] **L'enjeu de l'estimation du coût d'abattement est donc plutôt de prioriser la rénovation des bâtiments en fonction de la rentabilité socioéconomique attendue pour chacune des opérations.** Il est anticipable que les opérations de rénovation des bâtiments dont la source principale d'énergie est carbonée (gaz, fioul) et dont l'étiquette énergétique est mauvaise seront à anticiper. Pour d'autres opérations, il sera probablement plus judicieux d'attendre l'opportunité d'une rénovation plus générale des bâtiments pour y intégrer les travaux de rénovation énergétique. Le patrimoine existant étant divers et varié, ce type d'action ne sera probablement pas engagés par tous les acteurs sur la même période.

[271] **Sur la base de l'inventaire immobilier recommandé par la mission, il apparaît nécessaire de mener une étude permettant de construire des scénarios de rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux.** Le conseil général du développement durable (CGDD), le centre d'études et d'expertise sur les risques, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) ou le centre international de recherche sur l'environnement et le développement (CIRED) disposent d'une telle expertise, au même titre que des bureaux d'études spécialisées.

[272] **Cette étude devrait, dans la mesure du possible porter à la fois sur les enjeux d'atténuation mais également sur les questions d'adaptation au changement climatique.** La Cour des comptes rappelle notamment qu'aucune étude nationale n'a été engagée pour connaître la qualité du parc immobilier sanitaire et médico-social et sa capacité à garantir la résilience d'été⁴⁶.

Recommandation n°11 Réaliser, à partir de l'inventaire immobilier, une étude spécialisée permettant de définir les besoins financiers pour la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et de prioriser les investissements

3.4.2 L'investissement nécessaire à la rénovation énergétique des bâtiments ne pourra être supporté seul par les établissements

[273] **Les investissements immobiliers doivent être en théorie financés par une part des recettes d'activités dégagées par les établissements,** les tarifs hospitaliers et des EHPAD n'incluant pas la totalité des coûts d'investissement.

[274] **Or la situation financière des établissements est dégradée.** En 2021, les indicateurs financiers des établissements publics de santé et des EHPAD sont inférieurs au niveau nécessaire

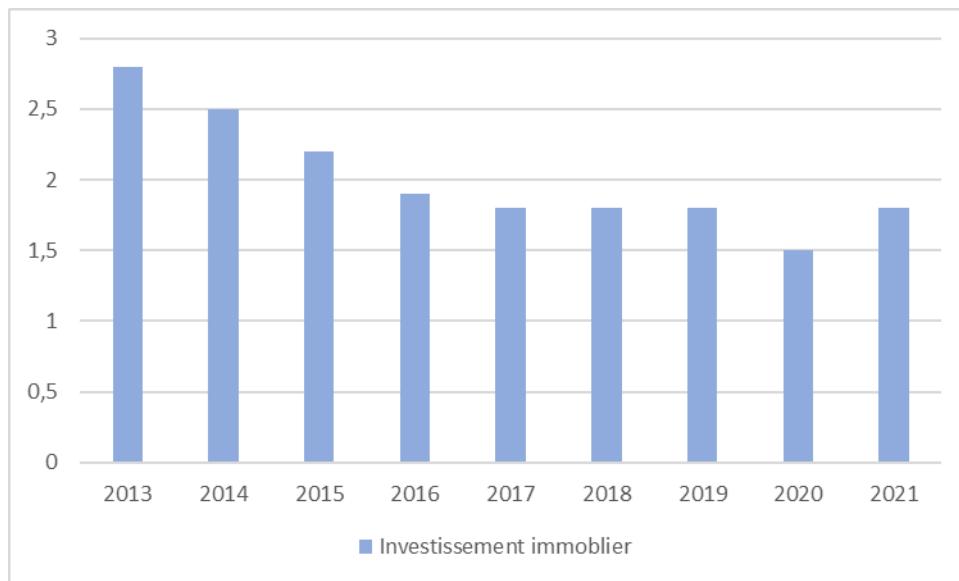
⁴⁵ Les coûts d'abattement Partie 5 – Logement - Rapport de la commission présidée par Patrick Criqui – France Stratégie- Novembre 2022

⁴⁶ La protection de la santé des personnes vulnérables face aux vagues de chaleur – rapport annuel Cour des Comptes – mars 2024

pour financer leurs investissements lourds (CAF nette⁴⁷ inférieure à 3 % et marge brute inférieure à 5 %). S'agissant des EHPAD, la CAF a baissé entre 2020 et 2021 et est passée sous le seuil des 5 % et s'accompagne de taux de résultat moyen inférieurs à 1 mais qui restent excédentaires.

[275] Au regard des montants, l'investissement pour la rénovation énergétique ne pourra donc, dans la majorité des cas, être supporté par les seuls établissements sanitaires et médico-sociaux. Le montant de l'investissement immobilier annuel des établissements de santé publics est par exemple compris entre 1,5 et 2 Mds€ en dehors des grands plans d'investissements.

Graphique 4 : Niveau d'investissement immobilier des établissements de santé publics



Source : PLFSS 2024 – traitement mission

[276] En outre, les travaux lourds de rénovation énergétique (isolation des bâtiments et remplacement des systèmes de production d'énergie) présentent des coûts élevés que les économies d'énergie générées en exploitation ne permettent pas d'amortir dans des délais raisonnables en particulier dans le contexte inflationniste actuel. Le taux de retour sur investissement pour le remplacement des systèmes de production d'énergie est généralement compris entre 5 et 10 ans et est supérieur à 25 ans pour les travaux d'isolation. C'est la raison pour laquelle la plupart des acteurs rencontrés par la mission se concentrent pour le moment sur des actions qui n'engendrent pas de dépenses d'investissement importantes et pour lesquelles des gains notables peuvent être obtenus rapidement (exploitation des équipements, sobriété).

[277] Certains travaux lourds de mise aux normes énergétiques pourraient donc justifier le recours à des subventions publiques. Un rapport inter-inspections de 2013 considère que « *le financement des opérations immobilières lourdes peut justifier le recours à subventions ou dotations, dès lors qu'elles sont restructurantes pour l'organisation de l'offre de soins ou qu'il s'agit*

⁴⁷ La CAF nette représente la capacité d'un établissement à investir une fois assuré le remboursement annuel de la dette

de mise aux normes de sécurité (désamiantage et parasismique uniquement) d'un coût sans commune mesure au produit d'exploitation. »⁴⁸.

[278] La problématique du financement de la rénovation énergétique des bâtiments des collectivités territoriales se pose dans les mêmes termes que pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. C'est la raison pour laquelle de nombreux dispositifs de financement de ces travaux ont été développés à leur intention dont certains sont ouverts aux établissements de santé et médico-sociaux, même s'ils restent méconnus et peu mobilisés par ceux-ci (cf. annexe 5).

[279] En particulier le dispositif expérimental du tiers financement dérogeant au droit de la commande publique pour massifier la rénovation énergétique des bâtiments publics est bien ouvert aux établissements de santé et médico-sociaux publics. La loi n° 2023-222 du 30 mars 2023 visant à ouvrir le tiers financement à l'Etat, à ses établissements publics et aux collectivités territoriales pour favoriser les travaux de rénovation énergétique qui dispose : « *A titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'Etat et ses établissements publics ainsi que les collectivités territoriales, leurs établissements publics et leurs groupements peuvent conclure des contrats de performance énergétique dérogeant aux articles L. 2191-2 à L. 2191-8 du code de la commande publique, sous la forme d'un marché global de performance mentionné à l'article L. 2171-3 du même code, pour la rénovation énergétique d'un ou de plusieurs de leurs bâtiments.* ». La direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère chargé de la santé, sollicitée par la mission, confirme que cette expérimentation est accessible aux établissements de santé et médico-sociaux publics qui peuvent notamment recourir à titre exceptionnel au paiement différé des travaux dans le cadre des contrats de performance énergétique (CPE), sous la forme d'un marché global de performance pour la rénovation d'un ou plusieurs de leurs bâtiments.

[280] Certains dispositifs de financement ne sont en revanche pas ouverts aux établissements sanitaires et médico-sociaux. C'est le cas notamment du fonds vert, qui vise à accélérer la transition écologique des collectivités et est doté de plus de 2 Mds€ par an.

3.4.3 Un financement public à hauteur de 600 M€ par an jusqu'en 2050 pourrait s'inscrire dans le cadre de la future stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique

[281] Une intervention de l'Etat en soutien aux établissements apparaît nécessaire. Il s'agit d'éviter que les établissements ne soient pas en mesure de répondre aux exigences réglementaires, alors même qu'ils ne disposent *a priori* pas des ressources pour procéder aux investissements nécessaires.

[282] Sur la base du scénario de rénovation énergétique modélisé, la mission a calculé l'enveloppe budgétaire susceptible d'être mobilisée dans ce cadre, selon différents niveaux d'efforts.

⁴⁸ Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier – Rapport IGAS-IGF- mars 2013

Tableau 5 : Enveloppe budgétaire annuelle susceptible d'être mobilisée en appui à la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux

	Hypothèse 1	Hypothèse 2	Hypothèse 3
Taux d'aide 25 %	258 376 883 €	645 942 207 €	968 913 311 €
Taux d'aide 35 %	361 727 636 €	904 319 090 €	1 356 478 635 €
Taux d'aide 50 %	516 753 766 €	1 291 884 414 €	1 937 826 621 €

Source : mission

[283] La mission considère qu'un taux d'aide à 25 % serait légitime, par souci de cohérence avec le taux d'aide retenu pour la rénovation des écoles dans le cadre du fonds vert des collectivités locales.

[284] Au regard des fortes incertitudes pesant sur le montant des coûts unitaires de travaux, la mission estime qu'une enveloppe annuelle entre 500 et 600 M€ par an jusqu'en 2050 pourrait permettre de répondre aux enjeux du décret tertiaire.

[285] Cette première estimation reste à affiner. Toutefois, elle peut servir de base de discussion dans le cadre de la prochaine stratégie pluriannuelle de financement annuel de la transition écologique (SPFTE).

[286] La France devrait en effet publier mi-2024 sa première SPFTE, sous l'égide du Secrétariat général à la planification écologique (SGPE). Cette stratégie sera débattue au Parlement dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances 2025.

[287] La CNSA s'est d'ores et déjà lancée dans une démarche de planification écologique de la branche autonomie, selon un périmètre plus large que les investigations de la mission. Les premiers scénarios de décarbonation, qui seront accompagnés de scénarios de coût, sont attendus en avril 2024 et pourront donc être confrontés aux travaux de la mission.

La démarche de planification écologique de la branche autonomie

La CNSA a engagé en 2023 une démarche de planification écologique de la branche autonomie, en partenariat avec le Shift Project et l'EN3S.

Cette démarche comporte trois étapes :

- un calcul de l'empreinte carbone des opérateurs de la branche autonomie (établissements et services dont à domicile) réalisée en 2023 ;

- l'élaboration en avril 2024 de différents scénarios de décarbonation à l'échelle départementale visant à concilier l'atteinte des objectifs de l'accord de Paris et des objectifs de la branche (ex. virage domiciliaire...) ;

- le calcul à l'été 2024 du coût global des scénarios de décarbonation pour la branche, l'évaluation de leur impact sur le modèle économique des ESMS et des propositions de financement et de partage des coûts

Recommandation n°12 Préparer un plan pluriannuel de rénovation des établissements de santé et médico-sociaux, intégrant les enjeux du décret tertiaire

3.5 Des compétences nouvelles à développer pour gagner en efficacité

[288] La transition énergétique des établissements nécessite de mobiliser des compétences au sein même des établissements. Il en est de même au niveau des ARS et à l'échelle nationale pour que l'accompagnement de ces derniers soit le plus efficace possible, dans un contexte très concurrentiel pour le recrutement de ce type de profils.

[289] Il ainsi capital de développer en parallèle en amont les formations à la transition écologique avec spécialisation en santé, comme le récent Diplôme Universitaire (DU) Management du développement durable en santé délivré par l'institut Montpellier Management à l'Université de Montpellier cité par les personnes rencontrées par la mission.

3.5.1 Au niveau des établissements, disposer de compétences mutualisées pour les projets immobiliers

[290] La mobilisation de compétences à l'échelle des établissements ne peut s'effectuer que dans un cadre mutualisé, au vu de la rareté des ressources et de la capacité des établissements à financer ce type de postes.

[291] Ces compétences mutualisées reposent en premier lieu sur le réseau des CTEES que la mission propose de prolonger pour trois ans et d'étendre pour disposer d'une complète couverture territoriale plus complète (cf. point 3.2.2), ce qui permettrait de les mobiliser davantage sur les projets d'investissement immobiliers.

[292] Les CTEES sont principalement mobilisés sur l'exploitation des bâtiments. Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que certains CTEES étaient d'ores et déjà associés à la conception des projets immobiliers et apportaient leur concours sur les enjeux environnementaux de ces projets (performance énergétique, impact environnemental de la construction, gestion de l'eau, qualité de l'air...).

[293] En généralisant cette mission, les CTEES pourraient ainsi accompagner ces projets au long cours et vérifier que les objectifs environnementaux définis lors de la conception des projets soient bien atteints une fois que les bâtiments sont mis en exploitation.

Recommandation n°13 Mobiliser progressivement le réseau des CTEES sur les enjeux environnementaux des projets d'investissement

[294] Si le financement des CTEES est prolongé trois ans, il doit être contractualisé avec les établissements pour que ces derniers prennent le relai permettant de pérenniser cette compétence au niveau des groupements, afin d'internaliser cette compétence.

[295] Pour les établissements de santé publics, la mission préconise que les établissements supports de GHT développent progressivement en interne ce type de compétences et les mutualisent avec l'ensemble des établissements du groupement.

[296] Dans son bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire dressé en décembre 2019, l'IGAS indiquait que l'état des mutualisations des fonctions supports était très hétérogène en soulignant que « *les mutualisations de fonctions support constituent une opportunité majeure pour les hôpitaux ou sites de proximité de bénéficier de moyens d'excellence, à moindre coût* »⁴⁹.

[297] Le plan Ségur a depuis pu favoriser les mutualisations en matière d'ingénierie pour accompagner les projets immobiliers des établissements dit « périphériques ». Nombreux sont les projets Ségur à mobiliser les directions supports des GHT (travaux, achats, logistique). Cette dynamique doit progressivement intégrer la fonction développement durable comme l'ont souligné les représentants de l'hospitalisation publique rencontrés par la mission.

[298] **Pour le champ médico-social, initier des mutualisations relatives à la transition énergétique dans le cadre des futurs GTSMS.**

[299] La création de "Groupements Territoriaux sociaux et médico-sociaux" (GTSMS) prévue par la proposition de loi "bien-vieillir" pourrait à terme favoriser le recrutement et la mutualisation de conseillers en énergie pour le champ médico- social.

Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux

La proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir a été adoptée par les députés le 23 novembre 2023 et par le Sénat le 6 février 2024 avec un nouvel article qui crée l'obligation pour les E publics autonomes de coopérer dans le cadre d'un nouveau type de groupement : le groupement territorial social et médico-social (GTSMS) pour personnes âgées. Dans sa rédaction actuelle, cette disposition devrait entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025 avec une période transitoire de 3 ans.

[300] Les GTSMS s'inscriraient dans la continuité des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) mais avec un caractère obligatoire, alors que, selon le Senat⁵⁰, seulement 23 % des ESMS coopéraient dans le cadre d'un groupement à fin 2022 (GCSMS, GHT, groupement de coopération sanitaire ou groupement d'intérêt public ou d'intérêt économique).

[301] Les GTSMS pourraient donc faire émerger à terme des mutualisations entre ESMS sur les questions environnementales.

3.5.2 Au niveau régional, avoir la capacité de mieux accompagner les établissements sous l'angle de la transition écologique

[302] **Selon l'enquête menée par la mission auprès des ARS, les ressources des ARS pour piloter ou accompagner la transition écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux conformément à leur PRS restent faibles.** Si 12 ARS sur 16 ont identifié en interne un référent développement durable, les ressources affectées sont très comptées puisque seulement 8,2 ETP au total ont été dénombrées à l'échelle des ARS.

⁴⁹ Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – IGAS - 2019

⁵⁰ Commission des affaires sociales du Sénat, travaux préparatoires à la loi Bien vieillir

[303] **Les agents des services santé-environnement des ARS ne sont pas formés à la décarbonation des établissements et à la performance énergétique** et n'interviennent que sur certaines thématiques environnementales (ex. gestion des déchets, qualité de l'air intérieur).

[304] **Ce manque de ressources internes devrait encore s'aggraver avec la fin des financements en 2024 des renforts temporaires Ségur mis en place en 2021, dont certains disposaient d'une compétence environnementale.**

[305] Un rapport de l'Igas soulignait plus particulièrement en 2021 que les « *les ressources en ingénierie de la construction sont très modestes : seules deux régions disposent de plus d'un ETP consacré à cette fonction. Plus du quart des ARS ne disposent même pas d'au moins 1 ETP d'ingénieur en immobilier ou d'architecte. Parmi ces ingénieurs, la mission n'a pas repéré à ce stade d'agents ayant été formés ou disposant d'une expérience particulière en matière de développement durable ou de performance énergétique* »⁵¹.

[306] La présente mission a pu constater en ARS que cette compétence sur les investissements immobiliers s'est renforcée avec le recrutement d'ingénieurs et d'architectes parfois mobilisés sur les questions environnementales et énergétiques. Dans l'enquête faite auprès des agences, parmi les renforts Ségur, 37,5 ETP ont été recrutés sur les investissements immobiliers. Parmi celles-ci, les compétences spécialisées en développement durable sont restées marginales (1,5 ETP sur l'ensemble du réseau des ARS).

[307] **A titre de comparaison, le préfet de région peut s'appuyer sur une mission régionale de la politique immobilière de l'Etat (MRPIE)**, placée sous l'autorité du directeur régional des finances publiques et chargée de piloter la stratégie immobilière de l'Etat au niveau régional, d'accompagner les projets immobiliers et d'assurer l'animation des acteurs locaux. Les MRPIE ont bénéficié d'un renfort de 2 ETP en matière d'ingénierie bâimentaire pour la mise en œuvre du plan de relance.

[308] **Pour compenser ce déficit interne, certaines agences ont ainsi fait le choix d'intégrer en leur sein les coordinateurs régionaux des CTEES.** A l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, cette compétence est intégrée au sein de la direction déléguée Finances, Performance et Investissements depuis 2022, ce qui permet de bénéficier de cette expertise rapprochée pour l'instruction des projets d'investissements.

[309] **Toutefois, au regard de l'enquête menée auprès des ARS, la majorité des agences (10 ARS sur 16 répondantes) déclarent s'appuyer sur des structures externes pour accompagner la transition écologique** des établissements selon des modalités plus ou moins structurées.

[310] **Il peut s'agir d'une mission d'appui régionale spécifique (MAPES en Pays de la Loire, Groupement de coopération sanitaire en Nouvelle-Aquitaine ou Bretagne...) qui portent les postes de coordinateurs régionaux des CTEES.** Un CPOM conclu entre l'ARS et la structure permet de prioriser les actions notamment dans le domaine environnemental.

⁵¹ Développement des compétences des ARS pour l'investissement sanitaire et médico-social. La mise en œuvre du Ségur de la santé – rapport IGAS n°2021-028R - Juin 2021

Les actions environnementales de la Mission d'appui à la performance des établissements et services sanitaires et médico-sociaux (MAPES) en Pays de la Loire

L'accompagnement par la MAPES des établissements de santé et médico-sociaux de la région en matière de développement durable, se décline en deux thématiques : la décarbonation et l'efficacité énergétique.

Sur la réduction de l'empreinte carbone, l'objectif est de former et d'accompagner pendant 1 an l'établissement à établir son bilan carbone et son plan de transition. Un bureau d'étude a été retenu par la MAPES en appui aux établissements. Une dizaine de structures sont accompagnées par an.

En matière d'efficacité et de transition énergétique (ETE), la MAPES bénéficie d'un co-financement par l'ARS et le programme ACTEE pour accompagner les établissements dans leurs démarches d'efficacité énergétique. L'accompagnement peut aussi être financier pour permettre des études techniques ou outiller les installations et les services de maintenance.

Entre juin 2021 et fin 2023, 203 établissements de la région ont candidaté à ce dispositif ce qui a conduit à 161 visites sur site du conseillers énergétiques et 86 plans d'actions en cours soit 42 % des candidats.

[311] **Au regard des ressources et compétences disponibles, les impératifs de pilotage de la transition écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux impliquent de facto de renforcer les compétences des ARS sur ces enjeux.**

[312] **La mission estime dans ce cadre que la prise en compte des enjeux environnementaux des projets immobiliers portés dans le Ségur pourrait être assurée, dans un premier temps, par une prolongation, voire une pérennisation de certains postes de renforts Ségur.** Le retard pris dans l'instruction et les impératifs de repriorisation des projets justifient une telle prolongation.

[313] **D'autre part, pour piloter plus globalement la transition écologique du système de santé, la mission recommande soit d'intégrer les postes de coordonnateurs régionaux des CTEES, soit de consolider une expertise régionale au sein de structures rapprochées de type MAPES.** Le choix devrait être laissé aux ARS en fonction des écosystèmes locaux.

[314] **La mission recommande donc de pérenniser le financement des coordinateurs régionaux**, comme elle le préconise pour les CTEES eux-mêmes, pour consolider une expertise à l'échelle régionale, au sein même des agences ou de structures rapprochées.

[315] **Ces postes pourraient être en partie financés par le programme national CEE, dont la mission recommande l'élaboration, si un tel programme était validé.**

Recommandation n°14 Prolonger les postes de renfort Ségur consacrés aux enjeux environnementaux des projets et consolider au sein des ARS les compétences leur permettant de coordonner la transition écologique du système de santé, soit en internalisant le coordonnateur régional CTEES, soit en s'appuyant sur des structures rapprochées

[316] **En outre, l'action de l'ARS sera d'autant plus efficiente qu'elle pourra s'appuyer sur des données fiables relatives à la transition écologique du système de santé.**

[317] Pour cela, il apparaît opportun de travailler à la mise en place d'un partenariat avec l'ADEME qui administre les bases de données réglementaires en matière de transition écologique des établissements, notamment la base « Bilan GES » qui recense les BEGES, la base « OPERAT » qui recense les déclarations des consommations énergétiques des établissements dans le cadre des objectifs du décret tertiaire.

[318] Ce partenariat pourrait permettre aux ARS de bénéficier des données transmises par les établissements à l'ADEME, ce qui n'est pas possible actuellement. Ces données pourraient également bénéficier à l'ANAP au niveau national. L'ADEME a indiqué à la mission être ouverte à de telles réflexions.

Recommandation n°15 Proposer à l'ADEME un partenariat permettant à l'ANAP et aux ARS d'exploiter les données transmises par les établissements dans le cadre de leurs obligations réglementaires

3.5.3 Au niveau national, renforcer l'appui aux établissements

3.5.3.1 Conforter au sein de l'ANAP un centre de ressources sur la transition écologique

[319] **L'ANAP constitue actuellement la structure bénéficiant d'une expertise technique dans le domaine de la transition écologique et d'un périmètre d'intervention couvrant les secteurs sanitaires et médico-sociaux.**

[320] **L'ANAP a investi le champ de la transition écologique notamment dans le cadre de son contrat d'objectifs et de performance (COP) 2022-2026** qui prévoit notamment :

- L'animation nationale du réseau des CTEES leur permettant de monter en compétence, partager leur expérience, faire une veille réglementaire et coconstruire les outils de l'ANAP sur cette thématique ;
- Un appui terrain pour accompagner les établissements dans leur démarche de développement durable. Il s'agit d'un accompagnement pendant 4 jours pour leur permettre d'élaborer une stratégie RSE solide et un plan d'actions concret. Environ 400 établissements ont bénéficié de cet accompagnement, à parts égales entre les champs sanitaire et médico-sociaux, tous statuts confondus. Au vu de l'évaluation positive du dispositif, 83 % des établissements jugent que l'élaboration de la démarche RSE aurait été plus lente sans cette approche, l'ANAP souhaite lancer de nouvelles vagues d'accompagnement.

[321] **En outre, la feuille de route ministérielle de planification écologique du système de santé s'appuie sur l'ANAP pour construire les outils d'appui au pilotage**, notamment via la transformation de l'enquête « Mon observatoire du développement durable » en un tableau de bord des indicateurs de développement durable, la mise en place d'un outil de calcul de bilan carbone et environnemental simplifié et gratuit pour les établissements, en identifiant le corpus des réglementations environnementales en vigueur ou en développant une plateforme nationale des bonnes pratiques en développement durable.

[322] **Plus récemment, l'ANAP a proposé de constituer un guichet unique d'appui au financement face au constat unanime de la difficulté d'identifier les aides financières disponibles** sur le seul champ des énergies renouvelables et de l'efficacité énergétique, méconnues des acteurs sanitaires et médico-sociaux et souvent complexes à activer (CEE, tiers financement, contrat de performance énergétique...). Ce guichet aurait vocation à effectuer une veille continue de tous les dispositifs d'aide existants sur les différents thèmes identifiés dans la feuille de route nationale (énergie, eau, déchets, mobilités...), voire à monter le dossier de demande d'aide pour le compte de l'établissement demandeur en lien avec l'ARS et effectuer le suivi des aides obtenues. La mission considère comme indiqué supra qu'il convient en première intention de s'appuyer sur le réseau des CTEES pour épauler les établissements dans la recherche de financements. Cependant, la mise en place d'un guichet à l'ANAP demeure utile pour constituer un centre d'expertise national à la disposition des CTEES et des coordinateurs régionaux. Le secteur de la santé et de l'autonomie serait ainsi en mesure de faire converger vers lui des ressources non mobilisées aujourd'hui.

[323] **La mission a pu constater lors de ses déplacements que l'expertise de l'ANAP était reconnue par les établissements et que ceux-ci étaient en attente d'un centre de ressources**, permettant de recenser les bonnes pratiques et les pratiques innovantes dans tous les aspects de la transition écologique, notamment en termes d'ingénierie technique pour limiter les consommations de flux (ex. énergie, eau, déchets...) ou de clauses de marchés publics. **Les ARS sont elles-mêmes en attente de recommandations nationales pour accompagner ou expertiser la transition écologique des établissements.**

[324] **En particulier, les établissements souhaiteraient disposer d'éléments de cadrage technique supplémentaires basés sur les retours d'expériences.** A titre d'exemple, des recommandations sur les possibilités d'arrêt de ventilation en cas d'inutilisation des blocs opératoires sans dégrader la sécurité des soins seraient bienvenues.

[325] **La mission propose donc de confirmer l'ANAP dans ses missions relatives au développement durable et d'en faire l'opérateur principal de la transition écologique du secteur.** L'ANAP est en effet à la fois compétente sur les champs sanitaire et médico-social et peut donc intervenir auprès de l'ensemble des établissements des deux secteurs. Concernant les investissements, cette compétence est bien entendu à conjuguer avec les instances constituées dans le cadre du plan Ségur, notamment le CSIS et la CNSA.

[326] Toutefois la mission a également pu constater que les ressources de l'ANAP sont limitées pour mener à bien ces différentes missions et qu'elle a pu adresser aux tutelles des demandes de moyens complémentaires pour développer des projets en ce sens.

Recommandation n°16 Faire de l'ANAP un centre d'expertise et de ressources sur la transition écologique des établissements de santé et médico-sociaux

3.5.3.2 Développer un volet « énergie-bâtiment » au sein du programme PHARE

[327] **Les principales centrales d'achats auxquelles ont recours les établissements sanitaires et médico-sociaux, se sont saisies des sujets énergétiques et proposent une offre assez étayée :** achats groupés de gaz et d'électricité, audits énergétiques, solutions d'éclairage, accompagnement à la valorisation des CEE, solutions de pilotage de la performance énergétique,

mobilités actives... A titre d'exemple, Uni-Ha affiche un volume de de 498 M€ d'achats de sa filière énergie coordonnée par le CHU de Bordeaux, avec des gains estimés à 254 M€ soit 51 %. Cette offre est principalement tournée vers l'exploitation des bâtiments.

[328] **Or certains travaux de rénovation énergétique des bâtiments, notamment l'isolation par l'extérieur, pourraient également faire l'objet d'achats mutualisés afin de diminuer les coûts.**

[329] **Des approches d'industrialisation de la rénovation énergétique performante à l'image du mouvement européen EnergySprong⁵² sont en cours de développement.** Il s'agit d'améliorer l'efficacité des travaux tout en réduisant leur durée et leur coût par le ciblage préalable des bâtiments aux besoins semblables, l'achat des matériaux en grandes quantités (et donc à des prix plus bas) auprès des industriels et la conception d'éléments préfabriqués.

[330] Cette méthode est utilisée principalement par les bailleurs sociaux mais pourrait être adaptée pour des établissements sanitaires et médico-sociaux dont les bâtiments ont des configurations similaires.

[331] **De même, la transition numérique du secteur, notamment le développement du Building Information Modeling (BIM), doit permettre de générer des gains de productivité et de qualité sur l'ensemble de la durée de vie du bâtiment,** c'est-à-dire dès la conception et la construction, mais également lors de sa rénovation.

[332] **Si le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats RÉsponsables) a investi la question des achats durables avec la diffusion dès 2021 d'un guide pour les directions d'établissement et leurs acheteurs, il investit prioritairement les achats liés aux soins et à l'alimentation.** Il collabore notamment avec la DGE pour développer la méthode d'analyse du cycle de vie des produits de santé pour guider les acheteurs hospitaliers à la réduction de l'empreinte carbone de ce poste. Il n'a en revanche pas investi le champ de l'énergie et du bâtiment.

[333] **Dès lors, il est souhaitable que le programme Phare développe en lien avec les centrales d'achats une offre de services mutualisés en termes d'ingénierie et de travaux de rénovation répliques, au regard des enjeux de rénovation énergétique des bâtiments qui vont nécessiter des opérations plus lourdes.**

Recommandation n°17 Développer un volet « énergie-bâtiment » au sein du programme PHARE, en lien avec les centrales d'achat, pour développer une offre de services mutualisée, tant en termes d'ingénierie que de travaux de rénovation répliques

Stéphane MULLIEZ

Thierry PAUX

⁵² <https://www.energiesprong.fr/>

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Cabinets ministériels

Cabinet de la Ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé

- Isabelle EPAILLARD, directrice de cabinet
- Pierre BRETON, conseiller

Cabinet de la ministre des Solidarités et des Familles

- Enguerrand CERVELLERA

Services du Premier Ministre

Secrétariat général à la planification écologique (SGPE)

- Jean-Marie QUEMENER, directeur du programme bâtiment et aménagement
- Léa BOUDET, directrice de programme du financement des transitions écologique et énergétique
- Elise BEHM, chargée de mission décarbonation

Secrétariat général pour l'investissement (SGPI)

- Pascal GAUTIER, chef de la mission évaluation socio-économique des investissements

Ministère du travail, de la santé et des solidarités

Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS)

- Pierre PRIBILE, secrétaire général
- Yann DEBOS, chef de service, pôle santé ARS
- Vincent REYMOND, délégué outre-mer

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Hélène GILQUIN, cheffe de projets Elus, territoires et transition écologique du système de santé auprès de la DGOS

- Elise MICHALOUX, adjointe à la cheffe de bureau Efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)
- Camille COTIS, adjointe à la cheffe de bureau Efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)
- Véronique CHASSE, responsable adjointe du programme PHARE

Direction générale à la cohésion sociale (DGCS)

- Florence ALLOT, cheffe de service
- Julien ROUX, directeur de projet « Investissements PNRR »

Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires

Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN) - Direction générale de l'énergie et du climat (DGEC)

- Simon HUFFETEAU, Coordinateur gouvernemental du plan de rénovation énergétique des bâtiments
- Mélanie CALVET, Cheffe de projet parc tertiaire public et privé, Mission de coordination gouvernementale du plan de rénovation énergétique des bâtiments

Haute Autorité de Santé (HAS)

- Alexandre FONTY, directeur de cabinet
- Vanessa PIDERI, responsable du pôle de soutien aux instances de gouvernance
- Marie-Claude HITTINGER, conseillère médicale de la directrice de la qualité et de l'amélioration des soins.
- Anne CHEVRIER, cheffe de service de certification des établissements de santé
- Angélique KHALED, directrice de la qualité et de l'accompagnement social et médico-social

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- Vanessa WISNIA-WEILL, directrice du financement de l'offre
- Hélène PAOLETTI, directrice de l'appui au pilotage de l'offre
- Meggie DAUBIAN, Responsable de la performance du soutien à l'investissement
- Gautier CARON-THIBAULT, cheffe de mission investissement

Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP)

- Stéphane PARDOUX, directeur général
- Emeline FLINOIS, directeur associé
- Camille DEVROEDT, responsable de Projet - RSE et Développement Durable en Santé
- Lucile BATTAIS, experte logistique et développement durable

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Housseyni HOLLA, directeur général
- Max BENSADON, directeur général adjoint
- Fabienne PECORARO, cheffe de service adjointe

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

- Marie KERNEC, directrice EHESP-international, membre du Shift Project

Agence de la transition écologique (ADEME)

- Patricia BLANC, directrice générale déléguée en charge des opérations ;
- Nicolas SOUDON, directeur exécutif des territoires ;
- Roselyne FORESTIER, cheffe de service des politiques territoriales
- Claire FLORETTE, responsable du pôle transition énergétique à l'ADEME Ile-de-France
- Bernard Lacroix, directeur régional adjoint de l'ADEME Pays-de-la-Loire
- Sophie MIDY, chargée de mission santé à l'ADEME PACA

Centre d'études et d'expertise sur les risques, la mobilité et l'aménagement (CEREMA)

- Laurent ARNAUD, Chef du Département Bâtiments Durables

Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS)

- Francois-René PRUVOT, président
- Emmanuelle DEFEVER, secrétaire générale

- Frédéric MARCHAL, ingénieur expert auprès du CSIS

Banque des territoires

- Gil VAUQUELIN, directeur de la transition écologique et énergétique ;
- Pierre LAURENT, directeur du développement ;
- Hakim LAHLOU, directeur Innovation et Stratégie Groupes HLM ;
- Brunelle KINGBO, cheffe de projet PrioReno ;
- Abdoulaye FALL, analyste en charge du déploiement de PrioReno.

Agences Régionales de Santé (ARS)

ARS Hauts de France

- Hugo GILARDI, directeur général de l'ARS Hauts de France

ARS Occitanie

- Didier JAFFRE, directeur général de l'ARS Occitanie
- Julie SINGER, directrice de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)
- Catherine CHOMA, directrice de la santé publique ;
- Agathe ANDRE-DOUCET, conseillère en immobilier auprès de la DOSA
- Magalie TRIBODET, chargée de mission investissement et performance à la DOSA
- Alice LEGROS, chargée de mission investissement et performance à la DOSA
- Bérangère PIE, architecte auprès de la DOSA
- Anna BEAUJILLO, chargée de mission investissements médico-sociaux à la DOSA
- Amélie BILA, chargée de mission investissements médico-sociaux à la DOSA

ARS Nouvelle Aquitaine

- Benoit ELLEBOODE, directeur général
- Sylvie COTTIN, directrice déléguée à l'efficience et à la transformation numérique du système de santé
- Aude DEIT, responsable pôle Parcours de soins et développement durable
- Sophie BONNOT-MARTAGEIX, responsable adjointe du pôle performance
- Alain NANEIX, ingénieur, projets immobilier Ségur investissement
- Nicolas DUCLAUT, ingénieur, projets immobilier Ségur investissement

ARS Grand Est

- Virginie CAYRE, directrice générale
- Jean-Louis FUCHS, directeur projet investissements Ségur
- Aurélie DE MONPEZAT, coordinatrice de l'objectif stratégique "transition écologique" du projet régional de santé

ARS Pays de la Loire

- Jérôme JUMEL, directeur général
- Bernard PRUDHOMME-LACROIX, coordinateur de la mission investissements immobiliers sanitaires et médico-sociaux
- Fabien Le GUILCHER, chargé de projet, référent bâtiment durable.
- Gwénaëlle HIVERT, responsable du pôle prévention santé environnement et animation territoriale

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

- Isabelle PESCHET, directrice de cabinet
- Cécile JOST, cheffe projet territorial Ségur investissement
- Nicolas LAMPIRE, directeur adjoint de la délégation départementale du Var
- Jennifer HUGNENIN, directrice adjointe de l'offre de soins (DOS)
- David CATILLON, directeur adjoint de l'offre médico-sociale (DOMS)
- Philippe BLANC, ingénieur Régional de l'Equipement à la DOS
- Patrice GARCIA, chargé de mission Ségur à la DOS
- Franck GUYOT, coordinateur régional achats à la DOS
- Laurent POUMARAT, adjoint au responsable du département santé environnement, DSPE
- Julie HERNANDEZ, coordinatrice régionale des CTEES

ARS Auvergne Rhône Alpes

- Cécile BEHAGEL, directrice déléguée « Finances et Performance » à la direction de l'offre de soins
- Pierre ROSTAN, coordinateur régional CTEES

ARS de la Réunion

- Gérard COTELLON, directeur général

ARS de Guyane

- Dimitri GRYGOWSKI, directeur général

ARS Mayotte

- Olivier BRAHIC, directeur général

ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

- Laurent LEGENDART, directeur général

Centre de ressources national (CRN) en appui aux ARS ultramarines

- France BERETRIBIDE, coordinatrice

Prefecture de la Région Occitanie

- Lucia de SIMONE, chargée de mission agriculture, environnement et énergie au Secrétariat générale aux affaires régionales (SGAR)
- Chloé DISSART, cadre d'appui à la COP régionale au SGAR
- Grégoire DUTOT, directeur adjoint de l'énergie et de la connaissance à la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)

Conseils régionaux

Conseil régional Occitanie

- Fabrice LAMOUREUX, chargé de mission au Service de la transition écologique et énergétique, direction de l'environnement

Conseil régional PACA

- Leïla DAGNET, directrice de la santé et des formations sanitaires et sociales
- Virginie POUGET, chargée de mission

Conseils départementaux

Conseil départemental du Maine et Loir

- Pierre-Yves RENARD, directeur de l'offre autonomie

Conseil départemental de l'Hérault

- Emmanuel ROUAULT, directeur de la maison de l'autonomie (MDA)

- Vincent LEBORGNE, chef de service des équipements à la MDA

Fédération hospitalière de France (FHF)

- Marc BOURQUIN, conseiller stratégie
- Cécile CHEVANCE, Responsable du pôle offre de soins
- Rudy CHOUVEL, chargé de mission transition écologie en santé, directeur adjoint du CHU de Clermont-Ferrand
- Véronique ANCEAUX, chargée de mission à la FHF PACA

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)

- Arnaud JOAN-GRANGE, directeur de l'offre de soins et des parcours de santé
- Camille RUIZ, conseillère à la transformation écologique

UNICANCER

- Sophie BEAUPERE, déléguée générale
- Jeanne BERTRAND, directrice de Cabinet
- Sandrine BOUCHER, directrice Stratégie Médicale et Performance

Ingénieurs hospitaliers de France

- Bruno CAZABAT, président

Commission Ingénierie et architecture (CIA) de la conférence des CHU

- Jean-François LEFEBVRE, directeur général du CHU de Toulouse et président de la commission
- Abdelaali GAUDI, directeur du Pôle Patrimoine et Ressources Opérationnelles du CHU de Toulouse
- Franck NATALE, directeur du patrimoine, des investissements, de la sécurité et des services techniques
- Bruno CAZABAT, directeur des affaires techniques aux Hospices civils de Lyon

- Sandrine THULLIER, directrice adjointe à la direction des affaires techniques des Hospices Civils de Lyon
- Damien ALBERT, directeur du patrimoine Immobilier du CHU de Nice
- Eric DELCROS, directeur des Travaux et des Services Techniques au CHU de Rouen
- Pierre NASSIF, directeur du Pôle Investissements, Logistique et Nouvel Hôpital au CHU de Nantes
- Eric TRAN, responsable des services techniques du CHU Nantes
- Frédéric MARCHAL, directeur - Construction et Patrimoine du CHU Poitiers
- Geneviève GASCHARD, directrice des Ressources Biomédicales du CHU de Poitiers
- Cédric GAROT, directeur du Patrimoine, des Achats et de la Logistique du CHU de Reims
- Marylène SABOT, responsable technique du CHU de Saint-Etienne
- Bruno BEHEREGARAY - Responsable de l'Ingénierie Travaux - CHU Nîmes
- Yorick PICHAULT-LACOSTE - Directeur des Travaux et de la Stratégie Patrimoniale chez CHU de Bordeaux

Etablissements de santé

CHU de Nantes

- Laurence JAY-PASSOT, directrice générale adjointe
- Pierre NASSIF, directeur du Pôle Investissements, Logistique et Nouvel Hôpital
- Guillaume CATOIRE, responsable de la conduite des opérations de travaux

CHU d'Angers

- Cécile JAGLIN, directrice générale
- Olivier DEROUET, directeur de la gestion du patrimoine et référent travaux pour le Groupement hospitalier de territoire
- Victorien MAGINELLE, directeur des services hôteliers et référent développement durable

CHU de Montpellier

- Anne FERRER, directrice générale
- Thierry VELEINE, directeur du pôle investissements et logistique
- Marie-Ange PERIDONT-FAYARD, directrice schéma directeur immobilier et énergétique (SDIE) et responsabilité sociale de l'employeur (RSE)
- Morgan MORAT, coordinatrice projets RSE

- Pierre-Jean COGNAT, directeur des affaires institutionnelles
- Vanina DUWOYE, directrice des affaires financières
- Melissa EVAN, conseillère en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)
- Maxime MARTIN, conseiller en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)

Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)

- Benoit FOUCHER, directeur général
- Fabrice PRIGNEAU, directeur adjoint et ressources matérielles
- Jean-Noël Niort, responsable du service technique

Centre Hospitalier du Pays Salonnais (Salon de Provence)

- Marie CHARDEAU, directrice
- Docteur MOFREDJ, président de la Commission médicale d'établissement, directeur de la qualité
- Hélène SABATIER, directrice de projet du Nouvel Hôpital du Pays Salonnais (NHPS)
- Agnès JACQUES-JEAN, ingénierie NHPS
- Eric AUGER, assistance à maîtrise d'ouvrage
- Thomas SCHORTZ, responsable logistique et sécurité
- Sébastien BARRAL, diététicien, responsable des achats alimentaires
- Nathalie ALMA, cadre de santé Maternité
- Docteur EMMANUEL JOSEPH, responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)
- Romain PICARD, conseiller en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)

Centre Hospitalier de Brignoles – Le Luc

- Damien FLOUREZ, directeur
- Joseph STASSI, directeur technique
- Benoit THOMASSIN, directeur adjoint
- Mourra DJOUDRA, directeur adjoint
- Nathalie ROUX, coordonnatrice générale des soins
- Julie AUBREGAT, responsable qualité
- Carole SOUPLY, attachée d'administration hospitalière à la direction des ressources humaines
- Louis DELMER, responsable restauration

- Ludovic DEMANGE, responsable sécurité incendie
- Thierry FAUQUET, responsable technique
- Laurent CHABANIER, responsable logistique
- Françoise GARCIA, conseillère en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)
- Thierry BEAUVAL, conseiller en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)
- Rémi PAUTONNIER, cabinet MANERGY, assistance à maîtrise d'ouvrage Energies

Groupe RAMSAY

- Brigitte CACHON, directrice communication, marque & RSE
- Pierre DUPERAT, directeur des investissements

Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Villa Saint Jean de Bourgs sur Colagne

- Brigitte LASSUS, directrice
- Fanny CERESE, architecte, assistance à maîtrise d'usage

Croix Rouge Française

- Charlotte SORIN, RESPONSABLE RSO / DEVELOPPEMENT DURABLE à la direction générale
- Christophe VILLERS, directeur de l'immobilier et du patrimoine
- Aziz AOUARCHRIA, responsable maintenance et sécurité

Structures spécialisées dans la transition écologique

Mission d'accompagnement à la performance des établissements en Pays de la Loire (MAPES)

- Aude MENU, directrice
- Lucie LE FLOCH, coordinatrice du dispositif ETE (réseau efficacité et transition écologique)
- Laurent BIZIN, chargé de mission efficience et développement durable
- Yoann LELOUTRE, chargé de mission
- Félix LEDOUX, chargée de projet décarbonation

Agence "Primum non nocere"

- Olivier TOMA, associé fondateur

ENERLIS

- Laure PINCON, directrice commerciale et cofondatrice
- Geoffrey MITTELSTAEDT, directeur commercial adjoint
- Eric AMSELLEM, directeur de l'ingénierie

Patrimoine Performance Services

- Jean-Gabriel LEVRIER, consultant/président

Atelier Architecture humaine

- Fanny CERESE, architecte – associée

SIGLES UTILISÉS

ACTEE	Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Energétique
ADEME	Agence de la Transition Écologique
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
BBC	Bâtiment basse consommation
BEGES	Bilan des émissions de gaz à effet de serre
BIM	Building Information Modeling
C2DS	Comité pour le développement durable en santé
CAF	Capacité d'autofinancement
CEE	Certificat d'économie d'énergie
CEP	Conseillers en énergie partagé
CEREMA	Centre d'études et d'expertise sur les risques, la mobilité et l'aménagement
CGDD	Commissariat général au développement durable
CIRED	Centre international de recherche sur l'environnement et le développement
CNIS	Conseil national de l'investissement en santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COP	Contrat d'objectifs et de performance
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSIS	Conseil scientifique de l'investissement en santé
CTEES	Conseiller en transition écologique et énergétique en santé
DGALN	Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIE	Direction immobilière de l'Etat
DNS	Direction du numérique en santé
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNCCR	Fédération nationale des collectivités concédantes et régies
GCSMS	Groupements territoriaux de coopération sociale ou médico-sociale
GES	Gaz à effet de serre
GHT	Groupements hospitaliers de territoires
GTSMS	Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux
HPS	Hôpital du Pays Salonais
IGAS	inspection générale des affaires sociales

MAPES	Mission d'Appui à la Performance des Etablissements et Services sanitaires et médico-sociaux (Pays-de-la-Loire)
MNAI	Mission nationale d'appui à l'investissement médico-social
MRPIE	Mission régionale de la politique immobilière de l'Etat
MTEP	Millions de tonnes équivalent pétrole
OID	Observatoire de l'immobilier durable
OPERAT	Observatoire de la Performance Energétique, de la Rénovation et des Actions du Tertiaire
OPHELIE	Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation - Indicateurs – Environnement)
PHARE	Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables
PNNR	Plan national de relance et de résilience
PRS	Projet régional de santé
PRSE	projet régional de santé environnemental
PTD	Programme technique détaillé
RE2020	Réglementation environnementale mise en place en 2020
RESAH	Réseau des acheteurs hospitaliers
RT2012	Réglementation thermique 2012
SDIE	Schéma directeur immobilier et énergie
SGMAS	Secrétariat général des ministères sociaux
SGPE	Secrétariat général à la planification écologique
SGPI	Secrétariat général pour l'investissement
SIIE	Système d'information de l'immobilier de l'Etat
SPFTE	Stratégie pluriannuelle de financement annuel de la transition écologique
SRIS	Stratégie régionale d'investissement en santé
SRS	Schéma Régional de Santé
UNIHA	Union des Hôpitaux pour les Achats
VAC	Valeur d'action climat
ZAN	Zéro artificialisation nette
ZEM	Zones à énergie maîtrisée

LETTRÉ DE MISSION



La Directrice de cabinet

Paris, le 24 OCT. 2023

La Directrice de cabinet de la Ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé auprès du ministre de la Santé et de la Prévention

à

M. Thomas AUDIGE, Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Réduction des émissions de gaz à effet de serre des établissements de santé et médico-sociaux dans le cadre des stratégies nationales et régionales d'investissement

La France s'est engagée auprès de l'Union européenne et dans le cadre de l'Accord de Paris à réduire d'au moins 40% ses émissions de gaz à effet de serre (GES) en 2030 par rapport à 1990. La stratégie nationale bas carbone (SNBC), établie en 2020, va plus loin en fixant un objectif de neutralité carbone dès 2050, nécessitant d'accélérer la trajectoire de réduction des émissions prévue.

L'empreinte carbone du système de santé est estimée à 4-6% des émissions globales dans diverses publications internationales. En France, selon une estimation réalisée par The Shift Project en 2023¹, les émissions de carbone du système de santé représentent plus de 8 % des émissions de gaz à effet de serre nationales (près de 50 millions de tonnes équivalent CO₂).

La loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi dite « ELAN ») s'impose aux établissements de santé et médico-sociaux qui devront réduire leur consommation d'énergie de 40% dès 2030, de 50% en 2040 et de 60% en 2050 par rapport à l'année 2010. Ainsi le secteur sanitaire et médico-social, à l'image de tous les autres, doit faire baisser ses émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an jusqu'en 2050.

J'ai donc porté l'élaboration d'une feuille de route « Planification écologique du système de santé » qui a été publiée en mai 2023.

Dans ce contexte, je souhaite vous confier une mission d'évaluation et d'éclairage concernant le Ségur de l'Investissement, afin de connaître son véritable impact projeté à date sur les objectifs de transformation écologique des établissements. Votre mission devra permettre de

¹ Décarboner la santé - The Shift Project - avril 2023

tracer des lignes directrices claires et opérationnelles afin de faire du Ségur de l'investissement un levier concret pour l'atteinte de ces objectifs environnementaux.

En effet, le Gouvernement s'était engagé, dès le Ségur de la santé en 2020, à accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux.

Le volet développement durable du Ségur de la santé s'appuie notamment sur la stratégie nationale d'investissements en santé, lancée en mars 2021, dont 1,5 milliard d'euros sur 5 ans sont consacrés à la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux et 7,5 milliards d'euros sur 10 ans aux projets hospitaliers prioritaires ainsi que 1,5 milliards d'euros sur leurs investissements du quotidien (dont 2,5 milliards refinancés dans le cadre du Plan national de relance et de résilience). En 2021, le «Conseil national de l'investissement en santé», présidé par le ministre chargé de la santé, avec la participation des ministres chargés de l'autonomie et du handicap, a inscrit la réduction de l'impact environnemental de l'offre de soins dans ses différentes dimensions et la prise en compte des contraintes écologiques et sociales de long terme comme l'un des grands objectifs des stratégies régionales d'investissement. Les opérations de rénovation ou de construction immobilière sélectionnées par les ARS, dans ce cadre, doivent ainsi notamment concourir à la transition énergétique et au respect de l'environnement par l'amélioration des performances et capacités thermiques et climatiques des bâtiments.

Le Ségur de la santé prévoit également d'agir sur les autres composantes de la responsabilité sociale et environnementale (RSE) des établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment la production de déchets et le gaspillage alimentaire. Il s'inscrit pleinement aujourd'hui dans le cadre de la feuille de route nationale de Planification écologique pour le système de santé, déployée depuis le mois de mai 2023 par le ministère de la santé et de la prévention.

Pour accompagner les établissements dans la prise en compte des enjeux de développement durable et de responsabilité sociétale des établissements (RSE), dans leur projet d'investissement, le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSI5) a établi en octobre 2022 un référentiel méthodologique permettant d'appréhender l'ensemble des thématiques portées par les enjeux du développement durable, notamment en terme de diminution de l'empreinte carbone, de sobriété et performance énergétique, de transformation écologique ou encore d'intégration des enjeux sociaux (parcours et expériences patients, qualités de vie au travail..).

Dans le cadre de cette mission, vous dresserez un bilan de l'impact du Ségur de l'investissement en matière de développement durable. Vous vous attacherez en particulier à :

- Analyser la prise en compte des enjeux de transformation écologique dans les stratégies régionales d'investissement en santé et dans les projets sélectionnés par les ARS, au regard notamment des objectifs listés supra ;
- Evaluer les progrès attendus en matière de consommation énergétique des établissements de santé et médico-sociaux, à partir des données transmises par les ARS ou les établissements, sur la base des premières informations disponibles. Vous formulerez sur ce point des propositions permettant de structurer et d'améliorer le recueil et la projection des données de consommation énergétique ;
- Analyser les éventuelles difficultés dans la prise en compte de ces enjeux au moment de la constitution des dossiers par les établissements et de leur analyse par les ARS, notamment au regard des contraintes financières importantes qui doivent également être prises en compte, du fait de l'augmentation des coûts de la construction et de la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics en 2022.

Sur la base de ce bilan, vous formulerez des recommandations permettant de mieux prendre en compte cet objectif dans les prochaines étapes de validation des projets déjà sélectionnés, en fonction de leur stade d'avancement, et de préparer les prochaines délégations budgétaires. Il s'agira de poser des orientations précises pour les porteurs de projet et ceux qui les instruisent. Vous chiffrerez l'impact de ces propositions dans une approche en coûts complets, distinguant leur coût financier et les gains escomptés.

Pour la conduite de votre mission, vous bénéficierez de l'appui des services du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de la direction générale de la santé, de la direction générale de l'offre de soins, de la direction générale de la cohésion sociale et de la direction de la sécurité sociale.

Je souhaite pouvoir bénéficier de vos recommandations avant le 31 décembre 2023.



Isabelle EPAILLARD