

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

AVRIL 2024
2023-102R

• **ANNEXES (TOME 2)**

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

SOMMAIRE

LISTE DES ANNEXES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
ANNEXE 1 : L'INTEGRATION DES ENJEUX DE TRANSITION ECOLOGIQUE ET ENERGETIQUE DANS LE CADRE DU PLAN SEUR.....	4
ANNEXE 2 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE PAR LA MISSION AUX AGENCES REGIONALES DE SANTE	44
ANNEXE 3 : LA TRANSITION ENERGETIQUE DES BATIMENTS TERTIAIRE.....	62
ANNEXE 4 : LA POLITIQUE DE TRANSITION ECOLOGIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX	87
ANNEXE 5 : LA SITUATION PATRIMONIALE ET ENERGETIQUE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX	112
ANNEXE 6 : LE RESEAU DES CONSEILLERS EN TRANSITION ENERGETIQUE ET ECOLOGIQUE EN SANTE (CTEES).....	150
ANNEXE 7 : METHODOLOGIE D'ESTIMATION DU COUT DE LA RENOVATION ENERGETIQUE DU PARC DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX	164

ANNEXE 1 : L'intégration des enjeux de transition écologique et énergétique dans le cadre du plan Ségur

ANNEXE 1 : L'INTEGRATION DES ENJEUX DE TRANSITION ECOLOGIQUE ET ENERGETIQUE DANS LE CADRE DU PLAN SEGUR.....	4
1 LE PLAN SEGUR S'EST TRADUIT PAR DES ENVELOPPES TRES IMPORTANTES D'AIDE A L'INVESTISSEMENT, DANS LE CADRE D'UN PILOTAGE DECONCENTRE AUPRES DES AGENCES REGIONALES DE SANTE	6
1.1 LE VOLET INVESTISSEMENT DU SEGUR REPRESENTE 9,3 MDS€ POUR FINANCER LES PROJETS IMMOBILIERS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX	6
1.2 LE PLAN SEGUR S'EST TRADUIT PAR UNE PLUS FORTE DECONCENTRATION DES AIDES A L'INVESTISSEMENT	7
2 LES ENJEUX DE DECARBONATION DEVELOPPEMENT DURABLE ONT ETE PEU PRIS EN COMPTE AU LANCEMENT DU PLAN SEGUR	9
2.1 LE PLAN SEGUR NE VISE QUE TRES PONCTUELLEMENT LES ENJEUX DE DEVELOPPEMENT DURABLE MALGRE LA CONTRIBUTION CLIMATIQUE ATTENDUE DU PLAN NATIONAL DE RELANCE ET DE RESILIENCE	9
2.1.1 <i>La circulaire relative aux investissements Ségur d'octobre 2021 ne retient pas la question du développement durable comme objectif stratégique.....</i>	<i>9</i>
2.1.2 <i>Le volet Ségur du plan national de relance et de résilience (PNRR) ne comporte pas d'objectifs environnementaux contractualisés, malgré son ambition climatique.....</i>	<i>10</i>
2.2 LE DEVELOPPEMENT DURABLE EST DAVANTAGE PRESENT DANS LES STRATEGIES REGIONALES D'INVESTISSEMENT EN SANTE MAIS N'A PAS CONSTITUE UN CRITERE DETERMINANT DANS LA SELECTION DES PROJETS.....	11
2.2.1 <i>La majorité des stratégies régionales investissement santé des ARS prend en compte les enjeux environnementaux</i>	<i>11</i>
2.2.2 <i>Le critère environnemental n'a cependant pas été prépondérant pour la sélection des dossiers en 2021.....</i>	<i>12</i>
2.3 DEUX ARS ONT POUR AUTANT ADOPTE UN DISPOSITIF DE BONIFICATION DES FINANCEMENTS POUR LES PROJETS MEDICO-SOCIAUX PRESENTANT UNE FORTE DIMENSION ENVIRONNEMENTALE	12
3 DIFFERENTS REFERENTIELS POUR L'INSTRUCTION DES ENJEUX DE DEVELOPPEMENT DURABLE ONT ETE DEVELOPPES DEPUIS MAIS RESTENT PEU PRESCRIPTIFS	13
3.1 LES ETUDES SOCIO-ECONOMIQUES OBLIGATOIRES POUR LES PROJETS SUPERIEURS A 20 M€ NE COMPORTENT PAS DE VOLET ENVIRONNEMENTAL.....	13
3.2 LE CSIS A ADOPTE UN REFERENTIEL DEVELOPPEMENT DURABLE EN 2022 MAIS CELUI-CI N'EST PAS OPPOSABLE	14
3.3 LA CNSA A TRANSMIS UN DOSSIER TYPE AUX ARS POUR INSTRUIRE LES PROJETS D'INVESTISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	17
3.4 LES ARS ONT ELABORE DES PROCESSUS D'INSTRUCTION DES ENJEUX DE DEVELOPPEMENT DURABLE HETEROGENES ET PEU PRESCRIPTIFS ET, POUR CERTAINES, DEVELOPPENT DES OUTILS COMMUNS	18

3.4.1	<i>Les ARS prévoient la prise en compte de ces enjeux aux différents stades d'instruction des projets.....</i>	18
3.4.2	<i>La prise en compte par les ARS des enjeux de développement durable au cours de l'instruction des projets est hétérogène et peu prescriptive sur les objectifs poursuivis</i>	18
3.4.3	<i>Plusieurs ARS ont pris l'initiative d'élaborer un référentiel commun d'instruction des projets d'investissements sur les enjeux de développement durable.....</i>	21
4	EN CONSEQUENCE, LA TRANSITION ECOLOGIQUE CONSTITUE RAREMENT UN OBJECTIF PRIORITAIRE DES ETABLISSEMENTS ET N'EST PAS PILOTEE PAR LES POUVOIRS PUBLICS ...	22
4.1	L'INSTRUCTION DES PROJETS D'INVESTISSEMENT SANITAIRE ABORDE LES ENJEUX DE DEVELOPPEMENT DURABLE MAIS N'EN FAIT PAS UN CRITERE DE VALIDATION DES PROJETS.....	22
4.1.1	<i>La transition écologique constitue rarement un objectif prioritaire des projets nationaux</i>	22
4.1.2	<i>La transition écologique est abordée dans l'instruction des dossiers nationaux mais de manière diffuse</i>	24
4.1.3	<i>La question du patrimoine et des surfaces est prise en compte mais pas toujours dans une optique de réduction des consommations énergétiques.....</i>	27
4.2	L'ENVELOPPE DES INVESTISSEMENTS DU QUOTIDIEN 2021/2022 A ETE EN PARTIE MOBILISEE POUR DES OPERATIONS LIEES A LA TRANSITION ECOLOGIQUE	28
4.3	EN L'ABSENCE D'OBJECTIFS ET D'INDICATEURS COMMUNS, L'IMPACT DU SEGUR DE L'INVESTISSEMENT SUR LA REDUCTION DE L'EMPREINTE ENVIRONNEMENTALE DES ETABLISSEMENTS NE PEUT ETRE EVALUE ...	30
5	SEULE UNE MINORITE DE PROJETS VOIENT LEUR INSTRUCTION FINALISEE EN 2023, AVEC UNE SOUTENABILITE FINANCIERE FRAGILISEE.....	32
5.1	LE CALENDRIER INITIAL DU PLAN SEGUR ETAIT AMBITIEUX, AVEC DES ENVELOPPES DE CREDITS LARGEMENT FLECHEES SUR LES PROJETS	32
5.2	LA MAJORITE DES PROJETS RESTE ENCORE A VALIDER DANS LE CHAMP SANITAIRE	33
5.3	POUR LE CHAMP MEDICO-SOCIAL, LES PROJETS SONT QUANT A EUX VALIDES.....	35
5.4	LA SOUTENABILITE FINANCIERE DES PROJETS EST FRAGILISEE.....	35

1 Le plan Ségur s'est traduit par des enveloppes très importantes d'aide à l'investissement, dans le cadre d'un pilotage déconcentré auprès des Agences régionales de santé

1.1 Le volet investissement du Ségur représente 9,3 Mds€ pour financer les projets immobiliers au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux

[1] **La circulaire Premier ministre du 10 mars 2021¹ initie la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur.** Ce plan est destiné à moderniser l'offre de soins et médico-sociale dans les territoires qu'à améliorer les conditions de travail des professionnels et la prise en charge des personnes.

[2] **Ce plan 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.** Les engagements pris dans le cadre européen relèvent du plan national de relance et de résilience (PNRR), actualisé en avril 2023, qui poursuit trois priorités clefs : l'écologie, la compétitivité ainsi que la cohésion sociale et territoriale.

[3] Sur ces 19 Md€s, 6,5 Md€s sont strictement consacrés à la restauration des capacités financières des établissements de santé assurant le service public hospitalier en procédant à leur désendettement.

[4] **9,3 Mds€ sont inscrits pour financer des investissements structurants d'une part dans les établissements de santé (7,5 Mds€) et, d'autre part, pour les EHPADs (1,5 Mds€) et pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap (300 M€) dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA).**

[5] Sont également mobilisées dans le cadre du « Ségur » les enveloppes suivantes :

- 1,5 Mds€ pour les « investissements du quotidien » (ex. achats de matériels, notamment biomédicaux et numériques, rénovations légères des bâtiments, amélioration des conditions de travail du personnel...).
- 2 Mds€ sur trois ans pour le numérique en santé (dont 600 M€ pour le médico-social), pilotés par la Direction du numérique en santé (DNS).

Ce plan affiche les principes de :

- transversalité des investissements entre les différents secteurs sanitaires et médico-sociaux pour faire évoluer l'offre en cohérence au sein des territoires,

¹ 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

- remise à plat des référentiels d'examen des projets pour mieux répondre aux besoins de santé et intégrer les enjeux de développement durable (cf. infra).
- accompagnement renforcé des maîtres d'ouvrage par des experts de haut niveau, le plus en amont possible et tout au long des projets.

[6] Pour le champ sanitaire, un Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) est institué pour assurer ces fonctions stratégiques. Sa composition est précisée en annexe de la circulaire du 10 mars 2021. Elle comprend les directions d'administrations centrales des ministères en charge de la santé et de l'autonomie, la direction du budget, la CNAM et la CNSA, deux ARS, des représentants des collectivités territoriales et des usagers, les fédérations sanitaires et médico-sociales et les conférences des CHU et des CH.

[7] Un Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) est constitué auprès du Conseil national afin de réunir en son sein une expertise pluriprofessionnelle (soignants, ingénieurs...). Le rôle du CSIS est de 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.

[8] 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'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 Agences régionales de santé (ARS), avec la création d'une mission nationale d'appui à l'investissement immobilier médico-social (MNAI). 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 avec l'intervention d'experts de l'ANAP².

[9] En pratique, 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 siègeront lors des séances de validation des projets sanitaires d'ampleur nationale.

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

Dans le champ sanitaire, seuls 5 % des dossiers sont instruits au niveau national

[10] La circulaire du 10 mars 2021 opère une déconcentration forte de la politique de soutien aux investissements auprès des ARS.

² Au 15 février 2024, cette mission avait accompagné 29 projets issus de 9 régions (14 projets issus de la région Ile de France). Les expertises portent principalement sur la trajectoire financière du projet avec des « gains » sur les opérations revues par la MNAI de 11 % sur le volume des investissements mais également sur la démarche RSE du projet, avec 28 % des projets qui n'avaient pas identifiés cette dimension.

[11] Les pouvoirs publics ont souhaité inscrire cette nouvelle politique d'investissement en rupture avec le Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) « jugé trop centralisé, prenant insuffisamment en compte le projet de santé du territoire, et centré sur les ratios financiers et capacitaires »³.

[12] La validation de la majorité des projets et des aides à l'investissement dans le domaine sanitaire relève dorénavant des ARS. Celles-ci ont ainsi été invitées à mettre en place à leur niveau un dispositif de pilotage, les comités régionaux d'investissement en santé, pour mener régionalement les concertations en impliquant l'ensemble des parties prenantes (représentants des établissements, des usagers, collectivités territoriales, autres administrations de l'Etat).

[13] Corollaire de cette plus forte déconcentration, le rôle de l'Etat central est recentré sur des fonctions de stratégie, d'appui et de validations des projets à enjeux majeurs (> 150 M€ HT). Seuls une quarantaine de projets, soit 5 % des 829 projets sanitaires sélectionnés recensés en juin 2023 sont ainsi instruits au niveau national.

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

Montant des projets	Nb 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%
Non saisi	13	2%
Total	829	100%

Source : DGOS – juin 2023

[14] La circulaire du 10 mars 2021 alloue pour chaque région l'enveloppe de restauration des capacités financières, et celle relative aux investissements structurants. Une réserve nationale d'un milliard d'euros est constituée mais le reste des crédits (6,5 Md€s) est effectivement délégué aux ARS dès 2021, pour partie au prorata de la population (3,1 Md€s, le solde (3,4 Md€s) au prorata des deux principaux projets portés par chacune des ARS pour tenir compte des projets prioritaires de chaque région.

[15] Les ARS rendent compte deux fois par an, au printemps et à l'automne, de l'avancée de la mise en œuvre du plan auprès des instances nationales avec revue des projets sélectionnés et du suivi de la consommation des enveloppes.

Dans le champ médico-social, l'instruction des dossiers se fait exclusivement au niveau régional, en lien avec la CNSA

[16] Pour le secteur médico-social, la circulaire du 10 mars 2021 prévoit que 98 % de l'enveloppe du plan d'aide à l'investissement (PAI), piloté par CNSA, est déconcentrée au niveau des ARS, comme c'était le cas dans les campagnes PAI précédentes mais avec des montants de crédits moins importants. Dans ce document, les ARS ont été invitées à associer étroitement les acteurs

³ Circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021

de leurs territoires, élus, comme partenaires de santé et autres acteurs de la vie économique et sociale, ainsi que les personnes et les familles directement concernées.

[17] Les ARS avaient ainsi identifié au lancement du Ségur 800 EHPAD susceptibles de bénéficier d'ici 2024 du Ségur pour leurs projets de reconstruction, de rénovation ou de réhabilitation, soit 10 % du parc. A l'été 2023, 464 projets immobiliers d'EHPAD étaient décomptés 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).

2 Les enjeux de décarbonation développement durable ont été peu pris en compte au lancement du plan Ségur

2.1 Le plan Ségur ne vise que très ponctuellement les enjeux de développement durable malgré la contribution climatique attendue du plan national de relance et de résilience

2.1.1 La circulaire relative aux investissements Ségur d'octobre 2021 ne retient pas la question du développement durable comme objectif stratégique

[18] La mesure 14, issue des conclusions du Ségur de la Santé en juillet 2020, prévoit d'« accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux ». Cette mesure inclut notamment la réduction des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI), du gâchis alimentaire et du plastique à usage unique dans les hôpitaux et les EHPAD, ainsi que l'évaluation des besoins en termes de rénovation énergétique hospitalière et du secteur médico-social en mobilisant les financements issus du plan de relance européen.

[19] Pour autant, la circulaire du 10 mars 2021 relative aux investissements Ségur ne mentionne que ponctuellement la question du développement durable. Ce sont en effet les enjeux de transformation de l'offre dans les territoires, d'anticipation du vieillissement de la population, de gradation des soins, de démographie des professions de santé, de soins de proximité et de formations sanitaires et sociales qui président à cette politique d'investissement et qui sont donc mis en avant dans la circulaire.

[20] Le développement durable n'y est abordé que très ponctuellement :

- pour le champ sanitaire, de manière insidieuse au détour des exemples d'investissements du quotidien susceptibles d'être financés (ex. chaudière performante),
- pour le champ médico-social, de manière plus ponctuelle :
 - l'ADEME est mentionnée pour l'accompagnement et l'outillage des dossiers (page 11) ;
 - une enveloppe de 2 M€ est actée pour le financement des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) ;

- en annexe 3, est évoquée pour les opérations médico-sociales la transition énergétique et le respect de l'environnement dans les objectifs des investissements parmi d'autres orientations à commencer par la transformation de l'offre de ce secteur

[21] La transition écologique n'est donc pas un axe structurant de la circulaire de 2021 qui ne définit pas a fortiori de modalités de pilotage et de suivi de la réduction des émissions des GES pour ces établissements.

[22] Les instructions sectorielles de déclinaison de cette circulaire cadre évoquent, quant à elles, 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 à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir 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 la prise en compte des contraintes écologiques et sociales de long terme. ». Pour autant aucun objectif opérationnel ou indicateur de pilotage n'a été établi pour cadrer l'action des ARS.

[23] La feuille de route ministérielle pour la planification écologique du système de santé annonce 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 FMIS 2023⁴ 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. Cette enveloppe 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. Cette situation résulte notamment du fait que les crédits annoncés dans la feuille de route ministérielle ne constituent pas une enveloppe nouvelle et limitent donc les marges de manœuvre pour le volet environnemental, au regard des besoins globaux des établissements.

[24] Au global, la transition écologique ne constitue pas un objectif explicite du plan Ségur même si les opérations engagées constituent un co-bénéfice compte tenu des rénovations et reconstructions du parc immobilier sanitaire et médico-social au vu des normes retenues.

2.1.2 Le volet Ségur du plan national de relance et de résilience (PNRR) ne comporte pas d'objectifs environnementaux contractualisés, malgré son ambition climatique

[25] Les 6 Md€ des enveloppes Ségur financés à l'échelle européenne dans le cadre du plan national de relance et de résilience (PNRR) s'inscrivent dans le cadre de la transition écologique.

[26] Le plan transmis à la Commission européenne en 2021 par le Gouvernement indique que l'impact recherché dans ce programme vise notamment à moderniser les équipements, les bâtiments, à améliorer la qualité des prises en charge et des conditions de travail. Il chiffre ainsi à

⁴ 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

40 % la contribution des financements de modernisation et de restructuration de l'offre de soins et de plan d'aide à l'investissement immobilier dans le secteur sanitaire et médico-social éligible à la composante climatique : les ressources financières mobilisées dans ce cadre ont ainsi vocation à concourir à financer des actions dans l'atténuation et l'adaptation aux effets des changements climatiques⁵.

[27] L'actualisation du PNNR présenté en avril 2023 confirme ainsi cet objectif structurant de contribution climatique, tout en ajustant certains jalons du plan Ségur.

[28] Pour autant, les objectifs contractualisés concernant les investissements hospitaliers et les investissements médico-sociaux dans le cadre du PNNR ne contiennent pas d'objectifs environnementaux. Ils sont basés uniquement sur les nombres d'établissements et de places qui sont contractualisés et effectivement créés indépendamment de critères environnementaux (annexe à la décision du Conseil et accord entre la France et la Commission Européenne sur les critères de détermination de l'atteinte des cibles).

[29] Les objectifs climatiques/environnementaux affichés sur les mesures dans le PNRR (40 % sur sanitaire et médico-social) ne trouve pas non plus de traduction dans le règlement "Facilité pour la reprise et la résilience" (FRR) qui dispose dans son article 24.3 que c'est l'atteinte des cibles (et jalons) qui détermine le versement des paiements, par conséquent le nombre d'établissements et de places contractualisés dans le cadre du dispositif.

[30] Par comparaison, l'action du PNRR relative à la rénovation des bâtiments publics, qui vise notamment à investir massivement dans la rénovation énergétique des bâtiments publics, comporte trois indicateurs, relatifs aux nombres de projets subventionnés pour les bâtiments de l'Etat, pour les bâtiments des collectivités et pour les bâtiments d'enseignement, ainsi qu'un indicateur relatif au nombre de m² de planchers des sites sur lesquels une action de rénovation thermique a été conduite.

[31] Il aurait donc été possible de fixer un indicateurs environnemental complémentaire pour les objectifs relatifs aux investissements hospitaliers et médico-sociaux. L'option retenue indique donc que la transition écologique ne constitue pas un objectif prioritaire du Ségur mais plutôt un co-bénéfice attendu de la rénovation du parc.

2.2 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

2.2.1 La majorité des stratégies régionales investissement santé des ARS prend en compte les enjeux environnementaux

[32] Le tableau 9 présenté en fin d'annexe analyse chacune des stratégies régionales adoptées en octobre 2021 sous l'angle de la transition écologique.

⁵ Parts climatique et numérique (Tableau 2.9.1, page 619) de la composante 9 « Recherche, Ségur de la santé et Dépendance, Cohésion territoriale » du PNNR, avril 202.

[33] Pour neuf ARS métropolitaines sur treize (Auvergne Rhône Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Corse, Hauts de France, Ile de France, Nouvelle Aquitaine, Pays de la Loire, PACA), la transition écologique est affichée comme un principe structurant de la stratégie régionale d'investissement, en parallèle des enjeux de territorialisation de l'offre et de réponses aux priorités de santé publique. Cette prise en compte des enjeux environnementaux vise à la fois les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces stratégies abordent la question de la transition écologique dans ses différentes composantes : consommation énergétique, gestion de l'eau, gestion des déchets, mobilités des personnels et des patients...

[34] Tel n'est pas le cas pour quatre régions de l'hexagone (Centre Val de Loire, Grand Est, Normandie, Occitanie) qui ne prennent pas en compte les questions environnementales dans les priorités stratégiques retenues en 2021, même si le développement durable peut apparaître secondairement dans les modalités d'instruction des dossiers.

[35] Dans les régions d'Outre-mer, la Martinique et la Guadeloupe présentent des stratégies intégrant ces enjeux environnementaux en pointant les risques naturels de ces territoires (cyclones, séismes, inondations...). Les autres territoires ultra-marins (Guyane, Réunion, Mayotte) ne mentionnent pas la question environnementale, ou très ponctuellement.

[36] Cette prise en compte de la transition écologique dans les stratégies régionales en elles-mêmes est donc contrastée. L'intégration de ces enjeux dans les procédures d'instruction des dossiers est plus systématique.

2.2.2 Le critère environnemental n'a cependant pas été prépondérant pour la sélection des dossiers en 2021

[37] Les enjeux de transition écologique n'ont cependant pas été majoritairement prépondérants pour sélectionner les projets Ségur retenus en région, à une exception près (ARS Nouvelle-Aquitaine), selon les résultats de l'enquête menée auprès des ARS.

[38] Pour une majorité d'ARS (7 ARS), ces enjeux constituaient un critère pris en compte dans cette sélection mais seulement de manière secondaire.

[39] Ces réponses sont à rapprocher de l'analyse des documents de cadrage nationaux relatifs au plan Ségur qui n'ont pas priorisé la question environnementale lors de son lancement et les calendriers contraints associés.

2.3 Deux ARS ont pour autant adopté un dispositif de bonification des financements pour les projets médico-sociaux présentant une forte dimension environnementale

[40] Dans le cadre de leur stratégie régionale d'investissement en santé, les ARS Pays de la Loire et Nouvelle-Aquitaine ont mobilisé des crédits médico-sociaux complémentaires pour les projets à forte ambition environnementale. Il s'agit d'un complément pour les établissements médico-sociaux pouvant représenter jusqu'à 5 % de la dépense subventionnable.

[41] En Pays de la Loire, entre 2021 et 2023, 19 projets d'EHPAD sur 28 éligibles aux PAI de la période ont bénéficié de cette bonification (68 % des projets accompagnés par l'ARS), comprise entre 0,5 % et 5 % du montant d'aide pour un montant de 816 k€ sur 48 252 k€ d'aides mobilisés sur les PAI 2021-2023, soit 1,69 %.

[42] En Nouvelle-Aquitaine, cette bonification a été mise en œuvre à compter de 2022. Elle a concerné 19 EHPAD (10 en 2022 et 9 en 2023) pour un montant de 10 114 k€, financé par des crédits non reconductibles principalement (82 %) et les crédits PAI 2022/23 par ailleurs (12 %). Le taux de bonification était compris entre 3, 1 et 5 % de l'investissement.

3 Différents référentiels pour l'instruction des enjeux de développement durable ont été développés depuis mais restent peu prescriptifs

3.1 Les études socio-économiques obligatoires pour les projets supérieurs à 20 M€ ne comportent pas de volet environnemental

[43] Dans le cadre du Ségur, les projets d'investissements continuent à faire l'objet des dispositions relatives au Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) avec l'exigence de la réalisation d'une évaluation socio-économique pour tous projets à partir de 20 M€ et l'organisation d'une contre-expertise indépendante pour tous projets supérieurs à 100 M€.

Missions du SGPI

L'article 17 de la Loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques oblige tout porteur de projet d'investissement financé par l'Etat ou par l'un de ses établissements à réaliser préalablement une évaluation socioéconomique.

A compter de 20 M€, un dossier d'évaluation socio-économique doit être constitué.

Au-delà de 100 M€, le projet fait l'objet d'une contre-expertise indépendante. Sur la base du rapport de contre-expertise, le SGPI rend un avis. Le rapport et l'avis sont transmis au Parlement et au Premier ministre, ainsi qu'au porteur de projet et à son ministère de tutelle.

L'évaluation socio-économique (ESE) vise à mesurer la valeur d'un projet pour la collectivité. Elle oblige donc le porteur du projet à analyser la rentabilité et les risques de son investissement au-delà de son seul périmètre pour y intégrer les coûts et bénéfices de l'ensemble des parties prenantes.

L'évaluation socioéconomique dépasse la seule analyse financière, budgétaire et technique pour prendre aussi en considération les dimensions sociales, économiques et environnementales d'un projet. Elle vise la quantification des différents impacts espérés (coûts et bénéfices).

L'article 2.III du décret 2013-1211 précise que :«le dossier d'évaluation socio-économique relatif à tout projet d'investissement [...] comporte notamment :

- l'exposé détaillé du projet d'investissement, les variantes et alternatives au projet d'investissement ;
- les principales données sur son dimensionnement et son calendrier révisé ;
- des indicateurs socio-économique pertinents ;
- des indicateurs de performance au regard des politiques publiques ;
- une analyse comparée des modes de financement ;
- les avis requis par la loi et le règlement ;
- une cartographie des risques. »

[44] L'activité du SGPI a toujours été particulièrement mobilisée par les dossiers hospitaliers qui représentent environ un tiers des projets soumis à la contre-expertise, avec une proportion en augmentation dans le cadre du Ségur.

[45] Il existe une distorsion entre le seuil applicable pour la contre-expertise indépendante (100 M€) et le seuil des 150 M€ à partir duquel le projet est soumis aux instances nationales constituées dans le cadre du Ségur. Certaines ARS ont souligné auprès de la mission ce décalage et souhaité une harmonisation des seuils.

[46] La prise en compte du volet environnemental dans le cadre des études socio-économiques formalisés par les établissements et de la contre-expertise indépendante mériterait d'être développé, en complétant notamment les dispositions du décret de 2013.

[47] Le SGPI appelle de ses vœux la poursuite du dialogue avec le CSIS et la DGOS pour que les études socio-économiques intègrent plus avant des critères environnementaux et énergétiques, notamment en prenant en compte la question des émissions de gaz à effet de serre.

3.2 Le CSIS a adopté un référentiel développement durable en 2022 mais celui-ci n'est pas opposable

[48] Le CSIS a élaboré en 2022 un référentiel développement durable qui est une grille méthodologique destinée à intégrer les enjeux de développement durable et de responsabilité sociétale des établissements (RSE) en particulier dans les projets immobiliers : sobriété et performance énergétiques des bâtiments, empreinte carbone des constructions, résilience des établissements face au dérèglement climatique.

[49] Les nombreux attendus et indicateurs sont déclinés pour les trois étapes d'élaboration, d'accompagnement et d'évaluation d'un projet d'investissement « Ségur » (cf. tableau infra). Les rubriques proposées, nombreuses et couvrant l'ensemble des thématiques relatives au développement durable, sont généralement descriptives et les indicateurs proposés n'invitent pas les établissements à s'engager sur des objectifs de résultat.

[50] En pratique, le comité de pilotage du CNIS salue fréquemment dans ses avis sur les projets nationaux la prise en compte par les établissements de la question du développement durable mais formule pour autant l'attente que les dossiers structurent davantage ces objectifs, à l'appui d'indicateurs chiffrés.

[51] Pour le CHU de Grenoble par exemple, le comité de pilotage du CNIS souligne que l'aspect développement Durable et RSE s'inscrit dans le cadre d'une gouvernance transversale dédiée à la transition écologique, associant soignants et directions mais formule comme attendu pour l'étape suivante « la déclinaison concrète des objectifs à atteindre avec des cibles documentées et chiffrées, à affiner au stade du PTD ». Pour Argenteuil, le comité recommande d'approfondir le volet environnemental en anticipant les difficultés et contraintes des prochaines années notamment « en matière de réduction de la consommation énergétique, de la politique de transport et de toutes autres actions de verdissement ». Pour Vannes, le comité de pilotage du CNIS formule un attendu pour détailler l'ensemble des cibles spécifiques du projet de modernisation du site Vannes en matière de développement durable pour « détailler les objectifs poursuivis en termes de réduction de la consommation énergétique dont le traitement du clos couvert des bâtiments restructurés ». Pour Montpellier, le comité de pilotage prend acte des réflexions en cours mais considère que la politique énergétique devra être étayée en étape 2.

[52] Mis à part pour le CHU de Grenoble, la mission n'a pas trouvé trace dans les avis de l'utilisation de ce référentiel par les établissements, qui n'est pas opposable, le CSIS déclarant en octobre 2023 que « le chapitre "développement durable" qui figure dans le guide "n'est pas opposable pour les actions ou opérations non réalisées compte tenu de l'état actuel des possibilités concrètes et financières des établissements, mais a une vertu incitative forte".

Tableau 2 : Attendus et indicateurs relatifs au développement durable du guide d'élaboration d'accompagnement et d'évaluation des projets d'investissements

Etape d'instruction	Attendus	Indicateurs
Etape 1	Démarche préexistante au sein de l'établissement ou sur le territoire Intégration et cohérence territoriales : état physique et règlementaire du site, étude climatique, risques naturels et technologiques, potentiels ENR, accessibilité, synergies/mutualisation Réflexion sur l'éco conception des soins en parallèle du projet médico-soignant Intégration des besoins usagers, patients et professionnels	Engagement institutionnel (présentation des indicateurs suivis à ce jour par l'établissement et objectifs à atteindre) Dernier audit énergétique Bilan carbone (et non BEGES) Identification des filières de tri actuelles et à mettre en œuvre Evaluation du potentiel d'évolutivité du site/modularité du bâti en projet et raccordements à l'existant Exposition et vulnérabilité face aux risques naturels, technologiques, et climatiques en intégrant le changement climatique du site existant Cartographie des parties prenantes Formalisation des engagements DD Identification des servitudes Schéma directeur énergétique Plan de déplacement et accessibilité Orientations données à la gestion de l'eau Description des projets logistiques et techniques
Etape 2	Le schéma directeur immobilier Les organisations fonctionnelles Le choix des énergies, la performance et sobriété énergétique La gestion de l'eau et assainissement La qualité de l'air intérieur et extérieur La gestion des déchets et économie circulaire L'accessibilité et la gestion des flux	Intégration des enjeux DD dans la gouvernance du projet et la sélection de la MOE Insertion territoriale (politique territoriale, accessibilité, gestion des ressources, volet paysager) Formalisation des engagements en matière de sobriété et performance énergétique, (préservation des ressources, économie circulaire, accessibilité, QVT, expérience patient) dans le pré programme Plan de déplacement et cartographie des flux (tout mode de transport) projetés Détails des mesures d'évitement, réduction et compensation de l'empreinte environnementale de l'établissement Intégration des enjeux logistiques (stockage, déchets, restauration) et techniques dans le dimensionnement Expérience patient et QVT dans l'organisation et la distribution des locaux Orientations programmatiques en termes de réduction des consommations énergétiques (recours aux ENR, enveloppe thermique...) Pilotage des équipements et des conditions d'ambiance Choix des matériaux (biosourcés, recyclables, peu émissifs en CO2, sans perturbateurs endocriniens) Gestions des effluents
Etape 3	Contenu : dossier socle du SGPI concernant la RESE	

Source : CSIS - 2023

3.3 La CNSA a transmis un dossier type aux ARS pour instruire les projets d'investissements médico-sociaux

[53] La CNSA a développé en 2023 un dossier type pour guider les ARS dans l'instruction des projets médico-sociaux. Celui-ci comporte notamment des rubriques portant sur les enjeux environnementaux du projet :

- La localisation du site (ex. insertion rurale ou urbaine, desserte des transports...) ;
- La prise en compte de l'amélioration des performances énergétiques, en lien avec le décret tertiaire (performance énergétique du bâtiment, performance des équipements, optimisation de l'exploitation/maintenance, actions de sensibilisation à la sobriété...).

[54] Les établissements doivent présenter leur projet à l'aune de ces différents items mais également deux indicateurs portant sur le gain énergétique et la réduction des émissions de gaz à effet de serre du projet.

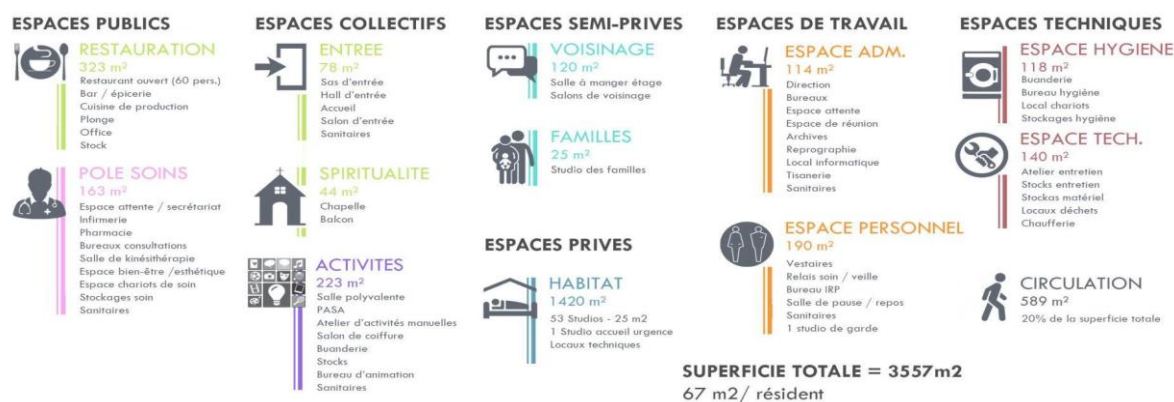
[55] Aucun bilan national, consolidant notamment les indicateurs requis, n'est à ce jour disponible.

Reconstruction de l'EHPAD "La Villa Saint Jean" de Bourgs sur Colagne (Lozère, Occitanie)

Le projet de reconstruction de l'EHPAD de Bourgs sur Colagne est en phase d'APD avec maintien de 53 places d'hébergement permanent modernisées et création de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et d'accueil d'urgence.

L'établissement, en lien avec l'ARS, a pris la décision d'une construction neuve au regard de l'impossibilité de restructurer correctement le bâti actuel et de sa mise aux normes en termes d'accessibilité et de sécurité.

Le projet 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 basée sur un travail très en amont pour favoriser un agencement des espaces dans une optique domiciliaire.



Le projet s'inscrit dans le cadre d'un label HQE permettant de définir les actions mises en place dans les organisations du point de vue environnemental (bâtiments, transports, gestion des déchets, biodiversité).

3.4 Les ARS ont élaboré des processus d’instruction des enjeux de développement durable hétérogènes et peu prescriptifs et, pour certaines, développent des outils communs

3.4.1 Les ARS prévoient la prise en compte de ces enjeux aux différents stades d’instruction des projets

[56] Au vu du questionnaire adressé par la mission aux ARS (cf. annexe 2), les enjeux de transition écologique ont été pris en compte dans les dossiers types d’appel à projets transmis aux établissements dans le cadre du Ségur, majoritairement pour les projets d’investissements immobiliers/structurants, mais aussi pour 5 agences pour les investissements du quotidien.

[57] Les données pris en compte dans les dossiers portent majoritairement sur des éléments **généraux sur l’impact environnemental du projet** mais certaines agences ont sollicité des données sur l’évolution prévisionnelle des émissions de gaz à effet de serre (3 structures), 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).

[58] A titre d’exemple, dans l’étape 1 du schéma directeur immobilier, l’ARS Ile de France indique demander un diagnostic énergétique des bâtiments et du site. La région PACA sollicite d’un promoteur une note spécifique sur les enjeux de développement durable au niveau de l’étape initiale. L’ARS Auvergne-Rhône Alpes analyse quant à elle à l’étape n°2 (préprogramme) les impacts en termes de développement durable

[59] **De nombreuses autres régions déclarent aussi prendre en compte ces enjeux dans l’instruction des dossiers dans leur stratégie régionale sans nécessairement préciser à quel stade du projet s’effectue cette instruction** (Bourgogne-France-Compté qui a diffusé un appel à projet en lien avec l’ADEME pour accompagner les établissements, Bretagne qui a par ailleurs développé un référentiel d’analyse des projets, Corse, Hauts de France, Grand est, Nouvelle-Aquitaine qui indique solliciter des promoteurs un engagement dans les labels « éco-responsables, Pays de la Loire qui s’appuie par ailleurs sur la MAPES - Mission d’Appui à la Performance des Etablissements et Services sanitaires et médico-sociaux pour les accompagner les établissements sur ces enjeux).

3.4.2 La prise en compte par les ARS des enjeux de développement durable au cours de l’instruction des projets est hétérogène et peu prescriptive sur les objectifs poursuivis

[60] La transition écologique est prise en compte dans les processus d’instruction et de validation des dossiers établis par les ARS. A l’exception d’une agence, toutes les ARS ont intégré cet enjeu dans leur processus d’instruction des projets d’investissements structurants.

[61] 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.

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

[63] En conséquence, les outils développés par les ARS sur les questions de transition écologique souffrent d'une certaine hétérogénéité. Les outils développés par les ARS peuvent différer selon le secteur d'activité (sanitaire ou médico-social), selon les montants financiers du projet (dossiers allégés pour les projets < 20 M€). En outre l'analyse des outils développés par huit d'entre elles met également en évidence de fortes disparités sur :

- *les thématiques abordées* : 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 ;
- *la profondeur des éléments demandés aux établissements* : certaines ARS demandent principalement une description générale des actions de développement durable prévues par les établissements, alors que d'autres ARS prévoient des questionnaires précis assortis d'une liste significative de documents à produire ;
- *le cadencement des demandes* : 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.

[64] **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.

Modalités d'instruction des projets en Auvergne-Rhône Alpes

En Auvergne-Rhône Alpes, dans le cadre du projet d'investissement, l'établissement doit décrire les mesures identifiées en matière de développement durable (construction, exploitation et maintenance des bâtiments).

Dans le domaine de la transition écologique, le premier axe concerne les bâtiments et la maîtrise de l'énergie, et les enjeux de rénovation écologique et de transformation écologique des établissements sanitaires, et médico-sociaux.

Le processus d’instruction formalisé dans cette région sous la forme d’une trame commune de Rapport Socio-Economique (RSE) comporte dès l’origine un volet demandant aux établissements de documenter la réduction de la trace environnementale de l’offre de soins (principes retenus en matière de développement durable et des installations de production et principes retenus en matière d’exploitation du bâtiment). Les établissements ont été invités à développer le lien entre leur projet immobilier et leur propre politique de RSE (qualité de vie au travail des professionnels, gestion des déchets), les actions visant à réduire l’empreinte environnementale et atténuer les externalités négatives, les actions visant à diminuer l’empreinte carbone du projet (matériaux décarbonés, réemploi, biosourcés, type d’isolants, menuiseries)... ainsi que les économies d’énergie et les actions de rénovation énergétique et les modifications structurelles en termes d’exploitation et d’activité par rapport à l’existant.

De plus, à partir de mi-2022, l’Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes s’est structurée de façon à bénéficier de l’expertise du Coordinateur régional des CTEES sur les projets d’investissements structurants. Intégré au sein de la direction déléguée Finances, Performance et Investissements, son avis fait partie de l’instruction collégiale pilotée par le référent performance et investissements. Une fiche-réflexe « Développement durable » a été produite au printemps 2023 de façon à outiller les établissements dans leur réflexion immobilière en vue d’obtenir des éléments plus concrets et plus poussés dans les rapports sociaux-économiques transmis.

Projet de reconstruction de l’hôpital du Pays Salonais (Salon de Provence) suivi en région (ARS PACA)

L’Hôpital du Pays Salonais (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.

Descriptif général du projet

Le « Village Santé » intégrera, outre l’offre d’hospitalisation publique et privée du territoire, un centre de dialyse, un centre complet d’imagerie médicale, des dispositifs intégrés de santé mentale, une maison médicale de garde, une structure d’hospitalisation à domicile, une plateforme territoriale d’appui et une résidence hospitalière. La Communauté Professionnelle du Territoire de Santé (CPTS) du territoire salonais y installera également son siège, pour renforcer au quotidien les liens hôpital/ville.

Principes retenus en matière de développement durable (consommations d’énergie notamment)

L’ensemble des cibles d’un référentiel HQE spécialisé dans le secteur de la santé ont été balayées avec un panel de référents et d’utilisateurs, avec intégration au programme de l’opération de chacune des cibles du référentiel.

En matière de performances énergétiques et thermiques, le projet devra respecter à minima la réglementation en vigueur au moment du dépôt de permis de construire, soit la nouvelle réglementation environnementale RE2020 pour les bâtiments hospitaliers.

Dans le cadre du projet, un niveau RT2012 – 20 % sera visé pour un surcoût relativement faible et la mise en place de matériaux à impact carbone faible : structure bois ou béton décarboné / menuiseries bois ou bois-alu / sols linoléum, etc.

Le principe de conception et de mise en œuvre des structures permettra d'éventuels remodelages intérieurs des bâtiments.

Concernant l'isolation du bâtiment, le projet prévoit l'isolation par l'extérieur des façades avec des isolants performants ainsi que des menuiseries extérieures pour des menuiseries performantes

Est intégrée l'installation de nouveaux équipements de ventilation performants.

Le choix a été fait de travailler l'acoustique du bâtiment : au-delà de l'optimisation des dispositions architecturales pour protéger les usagers des nuisances acoustiques, il émerge une volonté de créer une qualité d'ambiance acoustique adaptée aux différents locaux, au profit des patients comme des personnels.

3.4.3 Plusieurs ARS ont pris l'initiative d'élaborer un référentiel commun d'instruction des projets d'investissements sur les enjeux de développement durable

[65] Conscientes de cette hétérogénéité des pratiques, trois ARS (Occitanie, Bretagne, Ile de France) ont lancé des travaux communs en vue d'harmoniser les attendus quant à la prise en compte de la dimension développement durable des projets immobiliers dans la continuité des travaux menés par le Conseil Scientifique de l'Investissement en Santé (CSIS).

[66] Ces travaux devraient aboutir à :

- une charte d'engagement « Ségur investissement durable » qui serait co-signée par l'ARS et l'établissement avant l'étape 1 pour formaliser les objectifs prioritaires partagés autour de sept piliers ;
- une grille d'analyse permettant d'analyser les dossiers des établissements pour chacun des sept piliers.

Graphique 1 : Les sept piliers du développement durable prévus dans le projet de charte inter-ARS



Source : ARS Occitanie

[67] La grille d'analyse est destinée 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 au niveau de l'ARS. Elle a vocation à être utilisée comme check-list ou (auto) évaluation sur l'ensemble des dimensions relatives au développement durable et permet d'aboutir à une vision graphique de cette évaluation (schéma en « radar »). La grille permettra d'établir une photographie « avant » et « après » le projet. L'ARS Bretagne prévoit de diffuser cet outil auprès des directions hospitalières et de rendre son renseignement obligatoire aux différentes étapes des projets immobiliers.

4 En conséquence, la transition écologique constitue rarement un objectif prioritaire des établissements et n'est pas pilotée par les pouvoirs publics

4.1 L'instruction des projets d'investissement sanitaire aborde les enjeux de développement durable mais n'en fait pas un critère de validation des projets

4.1.1 La transition écologique constitue rarement un objectif prioritaire des projets nationaux

[68] Pour le champ des établissements de santé, la DGOS recensait, au printemps 2023, 832 projets Ségur concernant les établissements de santé, nationaux et régionaux. Parmi ces projets, seulement, 93 affichent des objectifs spécifiques en matière de développement durable, soit 11,1 % d'entre eux.

[69] Les thématiques prioritaires sélectionnées par les projets ciblent plutôt la territorialisation de l'offre de soins ou certains segments (soins critiques, soins non programmés, psychiatrie et santé mentale...) conformément aux objectifs nominaux du plan Ségur.

[70] La mission a plus spécifiquement analysé la manière dont les enjeux de transition écologique ont été pris en compte jusqu'ici dans le cadre de l'instruction des projets d'investissements immobiliers, à l'échelle nationale, en prenant connaissance de l'ensemble des avis rendus par le comité de pilotage du CNIS depuis 2021.

[71] Pour le champ des établissements de santé, la DGOS recensait au printemps 2023, 48 instructions nationales parmi les 832 projets identifiés, soit 5,8 % des dossiers. Pour mémoire, les procédures d'instruction des dossiers Ségur prévoient que les dossiers supérieurs à 150 M€ fassent l'objet d'un examen par le CNIS.

[72] Parmi les 48 projets faisant l'objet d'une instruction nationale, près de la moitié des projets instruits au national (21 projets sur 48) identifient des objectifs sur les enjeux de développement durable mais sans indicateurs chiffrés. Parmi ces 21 projets, 4 dossiers seulement présentent en thématique prioritaire le développement durable. Il s'agit des projets des CHU de Nantes, Angers, Rennes et Montpellier.

L'intégration des objectifs de développement durable dans les projets immobiliers du CHU d'Angers

La démarche de développement durable du CHU d'ANGERS est partie prenante de son projet d'établissement 2020/2024. Sa politique est formalisée en 2023 avec un pilotage dédié. Le plan de transition écologique comporte 5 volets : maîtrise des énergies, biodiversité, lutte contre les pollutions, éco-conception des soins, achats durables. Elle repose au sein de l'établissement sur un réseau « d'ambassadeurs du développement durable » pour diffuser la démarche de développement durable et mener des actions de sensibilisation auprès des professionnels, ainsi qu'identifier et encourager les initiatives et bonnes pratiques. 120 professionnels volontaires, de toutes catégories professionnelles et de tous les pôles, sont mobilisés dans le cadre ce réseau.

Dans le cadre du projet d'investissement du CHU d'Angers suivi par les instances nationales du Ségur, des investissements à venir, 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.

Les objectifs poursuivis sur les consommations énergétiques visent à améliorer la performance notamment sur la partie électrique en ayant recours à la géothermie par boucle fermée (énergie renouvelable), et de rafraîchissement par géothermie (« géocooling ») permettant une baisse des consommations électrique des « groupes froids ».

La réduction de l'impact carbone repose également sur la recherche de la compacité du bâtiment, l'optimisation des formulations et des quantités de béton nécessaires à la construction et diverses optimisations (ventilation avec récupération haut rendement, régime d'eau basse température, optimisation, récupération énergétique sur le process de la stérilisation,...).

Cette réduction réside également dans le maintien de la localisation du CHU en zone urbaine bénéficiant des transports en commun avec le tramway très emprunté par le personnel comme par les patients de sorte que la délocalisation en dehors du centre-ville n'a pas été retenue du fait par ailleurs des investissements multiples déjà engagés sur le site (reconstruction récente du CLCC, construction d'un bâtiment de gériatrie en cours) et de la qualité des accès existants.

Dans le cadre de l'avis national en étape 2 (juin 2022), le CSIS a ainsi pu souligner un projet assez ambitieux du point de vue environnemental dans le domaine de l'efficacité énergétique avec des compétences en interne renforcée par ailleurs des bureaux d'étude avec pour la contre-expertise indépendante « des cibles précisées, et les dans ses tomes 1 & 2 du PTD sont précis à ce sujet ».

[73] Les objectifs relatifs à la transition écologique recensés par le comité de pilotage du CNIS dans ses avis traitent des nouvelles normes, notamment le respect de la future RE 2020 et la réduction des émissions de carbone liées aux consommations énergétiques. Le bilan des surfaces liées aux opérations, la gestion de l'eau, des déchets, des achats, de la résilience aux risques climatiques et de l'accessibilité de l'établissement sont plus ponctuellement mentionnés.

4.1.2 La transition écologique est abordée dans l'instruction des dossiers nationaux mais de manière diffuse

[74] Les avis du comité de pilotage comprennent presque toujours un volet relatif à la responsabilité sociale de l'entreprise qui se systématise à compter de 2022. Il est toujours instruit pour les projets en étape 2 (validation du préprogramme) et 3 (validation du PTD). Ils abordent essentiellement la question du développement durable avec les enjeux liés à la construction des bâtiments et leur exploitation du point de vue énergétique.

Tableau 3 : Liste des projets d'investissement ayant fait l'objet d'un avis du comité de pilotage du CNIS (printemps 2023)

Nom de l'ES	Montant TTC TDC (en €)	Etape d'instruction déjà validée
CHU MONTPELLIER	800 000 000 €	Avant étape 1
Centre Hospitalier de Mayotte - CHM	400 000 000 €	Avant étape 1
CHU TOULOUSE	389 000 000 €	Avant étape 1
Centre Hospitalier de Blois	274 500 000 €	Avant étape 1
CHU LILLE	213 278 000 €	Avant étape 1
CHU de BORDEAUX	1 242 600 000 €	Etape 1
CHU DE GRENOBLE ALPES	457 000 000 €	Etape 2
CH St Malo/CH Dinan	445 500 000 €	Etape 1
Montfermeil	356 000 000 €	Etape 1
GHBA	351 400 000 €	Etape 1
Centre Hospitalier de Dreux	250 000 000 €	Etape 1
Aulnay	142 582 253 €	Etape 1
CHU D'ANGERS	227 662 920 €	Etape 2

CHU de NANCY	576 290 490 €	Etape 3-avis final
APHP- NGAP	396 300 000 €	Etape 3-avis final
CH Argenteuil	394 800 000 €	Etape 3-avis final
CH LOURDES CH BIGORRE	333 400 000 €	Etape 3-avis final

Source : DGOS

Enjeux liés à la construction des bâtiments, mais sans questionnement formalisé entre rénovation et reconstruction

[75] La plupart des avis mentionnent l'attention portée par les établissements aux enjeux liés à la construction des bâtiments. A titre d'illustrations, le CHU de Nancy manifeste son intention de nouer un partenariat avec la l'Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Nancy et l'Ecole Nationale Supérieure de Technologie et de Construction Bois d'Epinal avec l'intention de réaliser des investissements exemplaires utilisant notamment des matériaux biosourcés. Le Groupement hospitalier Rance-Emeraude met en avant l'objectif de « chantier vert » comme l'un des axes structurant de son projet immobilier. A Tarbes/Lourdes, les réflexions menées par l'établissement portent sur l'intégration des bâtiments dans l'environnement proche et le choix des matériaux limitant l'impact environnementale et sanitaire.

[76] Pour autant, les avis 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 économe en matière d'émissions de GES en évitant celles liées aux constructions. Si les établissements peuvent procéder localement à ce type d'études, comme la mission a pu le constater lors de ces déplacements, il lui apparaît nécessaire de faire de l'hypothèse d'une rénovation un scénario prérequis dans l'instruction des dossiers en phase 1 avant d'acter toute reconstruction, même si les projets Ségur s'inscrivent souvent dans le cadre d'une évolution de l'offre peu compatible avec la réhabilitation de locaux existants (humanisation des structures, développement des soins critiques,...) et ce d'autant plus pour les projets de grande envergure.

L'ensemble des dossiers prévoient la mise en place d'une gestion de bâtiment efficiente du point de vue énergétique pour respecter la réglementation mais sans trajectoire énergétique ou d'émission de GES chiffrée

[77] La performance énergétique des futurs bâtiments ainsi que le pilotage des consommations sont des points présents dans chacun des dossiers. Par exemple, le CH Argenteuil souhaite anticiper la future RE 2020, avec une approche en coût global et maîtrise des charges avec la prise en compte de différents labels (prise en compte d'une démarche environnementale basée sur le référentiel NF HQE bâtiment tertiaire) et suivi et du contrôle des consommations (eau, énergie). Le CH de Dreux explique que la réflexion programmatique de la performance énergétique est tournée autour de la réduction des besoins avec le choix d'une enveloppe performante, la réduction des consommations (limitations de la climatisation aux seuls locaux nécessitant des conditions de fonctionnement spécifiques, recours au refroidissement / rafraîchissement pour les autres locaux, pilotage et suivi en exploitation des consommations énergétiques). Au CHU de Grenoble, la référence pour la construction du nouveau bâtiment est également la norme RE 2020

visant à limiter les consommations. L'établissement projette un audit énergétique complet pour orienter la rénovation globale du bâtiment principal de l'établissement pour répondre aux obligations du décret tertiaire. La mission a pu constater lors de ces déplacements que l'anticipation de la RE 2020 était aussi le référentiel et l'objectif des projets de Nantes, d'Angers et de Montpellier du point de vue énergétique.

[78] La question énergétique est ainsi présente dans chacun des avis du comité de pilotage du CNIS mais sans que ne soit documenté, y compris en étape de validation (étape 3) une trajectoire de consommation énergétique projetant l'ouverture des futurs bâtiments. Le comité de pilotage souligne ainsi que certains dossiers visent une amélioration de la performance énergétique avec un gain de l'ordre de 30 % par rapport à la référence actuelle, ce qui correspond à la norme RT 2012 en vigueur.

[79] Il est de même pour les Bilan d'Emission de Gaz à Effet de Serre (BEGES). Les avis ne font pas apparaître de trajectoire de diminution des émissions compatibles avec les objectifs nationaux et internationaux, sachant il est vrai que l'immobilier ne présente qu'une contribution minoritaire aux émissions de GES dans le fonctionnement des établissements de santé (cf. annexe 4, données du Shift Project). Ainsi, par exemple pour Nancy, le comité de pilotage enjoint l'établissement, comme le propose les contre-experts, « de réaliser un BEGES avant et après afin de monitorer les résultats de cette politique ». Pour Grenoble, le Comité de pilotage souligne en 2023 que le CHU est en cours de mise à jour du bilan GES de 2018 qui couvrirait déjà à cette date les trois scopes, l'établissement ayant été récompensé à l'époque pour la qualité de son bilan Carbone en devenant Lauréat du Trophée Bilan Carbone, mais sans que le projet immobilier ne permette de dessiner une trajectoire de réduction de ces émissions.

De nombreux dossiers prévoient un recours aux énergies renouvelables

[80] De nombreux établissements envisagent la question des énergies solaires et de la géothermie dans les dossiers qu'ils présentent. Par exemple, le projet du CH de Mayotte présente une note d'intention et étude de faisabilité du recours au photovoltaïque. A Tarbes/ Lourdes, il est envisagé, pour la production de froid et de chaud, de faire étudier une solution s'appuyant sur de la géothermie, comme c'est le cas aux CHU de Nantes et d'Angers. La question du raccordement aux réseaux de chaleur urbain est aussi fréquemment abordée.

[81] La mission constate cependant que l'instruction des dossiers ne systématise pas cette question des énergies renouvelables, alors que des financements peuvent être mobilisés tout en réduisant le recours aux énergies fossiles comme c'est le cas au niveau de l'ADEME ou de la cadre de partenariat avec les collectivités territoriales. Elle recommande donc de prévoir systématiquement cette rubrique dans l'instruction du volet développement durable des dossiers tout en facilitant l'accès des établissements aux financements.

La mobilité des patients et des personnels est évoquée mais les avis ne font pas fait état d'études de flux

[82] La question de l'accessibilité aux établissements et des mobilités est très fréquemment pris en compte dans les avis. Le projet du CHU de Montpellier constitue dans le cadre de l'instruction « une vraie opportunité afin de réaliser un schéma général de flux qui intègre l'ensemble des modalités de transports (transports en communs, vélos, piétons etc...) y compris les liaisons inter-sites ». A Toulouse, il est souligné que la réunification des disciplines sur un seul site permet

d'améliorer le parcours du patient. A Grenoble, l'accessibilité du site nord est mise en avant notamment en transports en commun et vélos (transport en commun et vélos). Le SDI du CHU intègre les enjeux liés à la mobilité (stationnement, mobilités douces, lien avec les transports en commun).

[83] Toutefois, l'instruction des projets faites par le national ne fait pas état d'études de flux permettant d'estimer l'impact carbone des déplacements des patients et des personnels, ce qui apparaît d'autant plus structurant lorsque les opérations envisagées supposent le regroupement des activités sur un site principal comme à Saint-Malo/Dinan ou Tarbes/Lourdes par exemple.

4.1.3 La question du patrimoine et des surfaces est prise en compte mais pas toujours dans une optique de réduction des consommations énergétiques

[84] Les avis comprennent systématiquement une rubrique sur le patrimoine et les surfaces concernées par l'opération immobilière, en lien avec le projet médical et les capacités de lits et places. L'adéquation du projet immobilier aux besoins de santé du territoire est le principe structurant des projets. Le patrimoine immobilier et les surfaces exploitées sont dans les avis une résultante du projet médical.

[85] Certains avis du comité de pilotage du CNIS saluent l'optimisation des surfaces comme le projet du CHU de Nancy qui fait état d'une réduction des surfaces exploitées qui, associée à l'accessibilité facilitée (desserte du tramway notamment) et les constructions neuves conformes à la RE 2020, en soulignant la réduction de l'impact environnemental de l'établissement.

[86] Des marges d'optimisation des surfaces exploitées sont par ailleurs évoquées dans certains avis nationaux. A Vannes, le comité de pilotage recommande que la modernisation du site s'attache à optimiser la surface globale sachant que 14 000 m² sont actuellement désaffectés. La réflexion engagée par le CHU de Toulouse de rationaliser ses implantations est jugée pertinente au regard de l'augmentation très forte de ses surfaces bâties entre 2010 et 2015. Le dossier du CHU de Grenoble fait état d'un bilan général des surfaces -hors parking- présentant en fin d'opération une quasi-stabilité des surfaces.

[87] Cette évaluation des surfaces avant et après opérations mériterait d'être systématisée et chiffrée strictement. Il convient d'inciter les établissements à mener un audit patrimonial et définir les actions d'optimisation des surfaces, notamment lorsqu'elles ne sont plus affectées aux soins, en lien avec les projets de construction ou de rénovation. Les consommations énergétiques sont en effet directement liées aux surfaces détenues par l'établissement alors que le patrimoine hospitalier se caractérise par une forte augmentation sans que celui-ci ne soit par ailleurs précisément documenté.

[88] Il est donc recommandé que la question du patrimoine soit systématiquement auditée et prise en compte dans le cadre de l'instruction des dossiers en mesurant l'évolution des surfaces exploitées et celles non affectées aux soins, dans l'optique de réduction des consommations énergétiques comme de valorisation patrimoniale.

4.2 L'enveloppe des investissements du quotidien 2021/2022 a été en partie mobilisée pour des opérations liées à la transition écologique

[89] 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.

[90] Les informations transmises par les établissements n'étant pas structurées, la mission a élaboré une typologie d'interventions sur les enjeux de transition écologique, s'inspirant notamment des catégories mises en place par la DIE dans le cadre des appels à projets « Résilience » pour la rénovation énergétique des bâtiments de l'Etat. La mission a ensuite analysé chacune des 2413 réponses apportées par les établissements de santé pour identifier, quand cela était possible, des actions pouvant se rapporter à l'une des catégories ainsi constituées. Elle a isolé, dans son analyse, les actions liées à la mise en place ou la rénovation de systèmes de climatisation qui, pour certains, peuvent relever de la mal-adaptation au changement climatique. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Actions en lien avec la transition écologique financées dans le cadre des enveloppes investissements du quotidien des établissements de santé en 2021 et 2022

Catégories	2021	2022
Action non renseignée	247	360
Description de l'action insuffisamment précise ou sans lien apparent avec la transition écologique	1929	1733
Total transition écologique dont :	237	320
Travaux d'optimisation énergétique	11	28
Travaux installations chauffage / froid	34	22
Travaux installations ventilation	9	14
Travaux installations eau	30	21
Travaux installations électrique	21	7
Isolation thermique	39	82
Confort d'été (hors climatisation)	24	19
Remplacement éclairage	25	37
Installation énergie renouvelable	6	8
Mobilités durables	18	42
Autres (ex. déchets)	4	8
Au moins 2 catégories	16	32
Total climatisation	139	87

Source : Mission d'après enquête DGOS (2023)

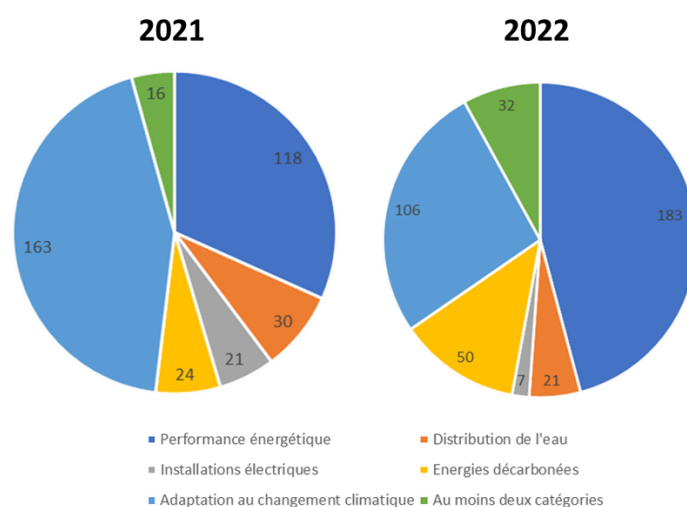
[91] Selon cette analyse, l'essentiel des crédits relatifs aux investissements du quotidien a été consacré à des acquisitions de matériel médical, biomédical ou numérique, ainsi qu'à des acquisitions de matériels et équipements pour améliorer le confort des patients ou la qualité de vie au travail des personnels (ex. chariots, rails élévateurs...).

[92] 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. Cette proportion grimpe à 13 % en 2022. S'agissant de la mise en place de systèmes de climatisation, la proportion d'établissements ayant procédé à des travaux de climatisation était de 6 % en 2021 et de 3,6 % en 2022.

[93] Les actions menées par les établissements de santé relèvent de quelques grands ensembles :

- **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... Ces opérations ont augmenté entre 2021 et 2022 passant de 118 à 183. L'augmentation brutale du coût de l'énergie en 2022 à la suite du conflit en Ukraine a pu inciter les établissements à procéder à ces opérations.
- **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...). Ces opérations, majoritaires en 2021 (163 opérations dont 139 de climatisation) ont vu leur nombre diminuer en 2022 (106 opérations dont 87 liés à la climatisation).
- **Des travaux liés à la décarbonation de certaines activités des établissements** qui comprennent notamment le remplacement des installations de chauffage par des pompes à chaleurs 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 2 : 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)

[94] Ces résultats restent toutefois à manier avec précaution et ont probablement tendance à sous-estimer l'impact réel des enveloppes investissements du quotidien vis-à-vis du développement durable :

- Les descriptions fournies par certains établissements étaient parfois trop imprécises pour permettre à la mission d'identifier un impact écologique positif. Il est par exemple probable que des formulations génériques de type « rénovation légère » cachent dans certains cas des opérations d'isolation thermique, telles que le remplacement des fenêtres ;
- Le remplacement de certains équipements biomédicaux ou médicaux par des équipements plus récents et moins énergivores peut contribuer à la baisse des consommations de l'établissement.

La mission n'a pu en revanche analyser dans les délais impartis l'utilisation des crédits fléchés à hauteur de 200 M€ sur la transition écologique au sein de l'enveloppe investissements du quotidien 2023.

4.3 En l'absence d'objectifs et d'indicateurs communs, l'impact du Ségur de l'investissement sur la réduction de l'empreinte environnementale des établissements ne peut être évalué

[95] Comme présenté supra, aucun cadrage sur les objectifs de développement durable à prendre en compte dans le cadre du Ségur n'a été établi. **De même aucun indicateur commun n'a été mis en place pour assurer un pilotage de cet enjeu ou a minima un suivi.**

[96] 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 a été peu renseigné

par les établissements. En outre, cet indicateur présente des limites dans la mesure où il ne permet par exemple de rapporter les travaux de rénovation menés au parc immobilier existant (en m² ou en nombre total de bâtiments). Le comité national de pilotage a prévu de définir des indicateurs communs en 2024.

[97] **S'agissant des établissements médico-sociaux, la CNSA ne consolide pas nationalement les données sur les modalités de prise en compte de la transition écologique pour les projets accompagnés.** Le suivi partagé avec la DGCS des projets d'investissements Ségur se concentre sur le nombre de places créées, en lien avec l'indicateur retenu dans le cadre du PNNR. La caisse est cependant en train de déployer un nouveau logiciel pour suivre nationalement les projets d'investissements (GALICE) qui pourrait intégrer des critères de développement durable à compter de 2025.

[98] 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. Cet outil permet aujourd'hui aux agences régionales de santé et aux conseils départementaux de disposer de données qui caractérisent les établissements et services d'une même région ou d'un même département qui peuvent désormais l'offrir sur les territoires, sous l'angle de la transition énergétique.

[99] **Au niveau régional, quelques ARS ont mis en place des indicateurs de pilotage environnementaux** suivis à toutes les étapes du projet, les ARS Ile-de-France, PACA et Auvergne Rhône Alpes ayant probablement les démarches les plus abouties. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés par les ARS sont les suivants :

- Gain énergétique (kWh_{eff} /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 ;
- Respect du cadre européen « Do no significant Harm » du PNRR (réduction des émissions de GES liées au chauffage, amélioration de l'isolation thermique des bâtiments, ne pas avoir d'impact sur la gestion des ressources en eau, valoriser les matériaux alternatifs issus du réemploi, ne pas générer de transports nouveaux issus de l'activité, ne pas générer de déchets nouveaux issus de l'activité).

[100] **In fine, la prise en compte des enjeux de développement durable dans le cadre des projets Ségur se limite dans la plupart du temps au simple respect des normes réglementaires, ce qui permet toutefois aux établissements de réduire sensiblement leur empreinte énergétique.**

[101] En l'absence d'indicateur commun, il n'est en revanche pas possible d'estimer quantitativement la diminution de cette empreinte.

5 Seule une minorité de projets voient leur instruction finalisée en 2023, avec une soutenabilité financière fragilisée

5.1 Le calendrier initial du plan Ségur était ambitieux, avec des enveloppes de crédits largement fléchées sur les projets

[102] La circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 fixait un calendrier très ambitieux demandant aux Directeurs généraux d'ARS de définir la stratégie régionale de déploiement du plan Ségur ainsi que la liste des projets prioritaires dès 2021. Elle donnait même la possibilité aux ARS de valider à titre exceptionnel les projets suffisamment mûrs sans attendre la finalisation de la programmation régionale globale.

[103] Pour autant, la programmation budgétaire, sur les 19 milliards d'euros tous secteurs confondus s'échelonnent jusqu'en 2029, avec 10,18 Mds€ positionnés sur la seconde période, entre 2024 et 2029. Plus de la moitié de la programmation budgétaire (53,58 %) reste ainsi planifiée pour les exercices à venir. Ce ratio était plus important pour le secteur sanitaire : 61,94 % des 15,5 milliards d'euros de crédits sont inscrits pour les exercices 2024/2029, notamment pour les projets les plus structurants avec près de trois quarts des crédits devant être mobilisées sur la période à venir (4,8 milliards d'euros sur 6,5 milliards d'euros soient 73,84 %).

[104] A juin 2023, le décompte de la DGOS pour les projets sanitaires affichait une enveloppe contractualisée ou notifiée aux établissements d'1,07 Md€ sur l'enveloppe de 6.5 Md€, soit 17 %. Mais si l'on prend en compte les projets finalisés ou en cours de stabilisation, ce taux d'enveloppes d'ores et déjà allouées à un projet s'élève à 73 %.

Tableau 5 : Mobilisation des enveloppes Ségur sanitaires déconcentrées en ARS à juin 2023

	Total des aides Ségur ARS	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Contractualisée ou notifiée	1 073 M€	17 %	17 %
Finalisée	1 672 M€	26 %	42 %
En cours de stabilisation	1 984 M€	31 %	73 %
Toute première estimation	740 M€	11 %	84 %
Statut aide non rempli	253 M€	4 %	88 %
"Reliquat"	779 M€	12 %	100 %
Crédits ARS circulaire 2021	6 500 M€	100 %	-

Source : Mission à partir des données DGOS

[105] La réserve nationale d'1 Md€ pour les projets sanitaires est quant à elle notifiée en totalité.

[106] Dans le champ médico-social, le plan d'aide à l'investissement (PAI) annoncé lors du Ségur de la Santé, couvre la période 2021-2024 et s'appuie sur des enveloppes annuelles, qui ont été engagées. A titre d'exemple, pour l'année 2023, la CNSA et les ARS ont financé 121 projets immobiliers concernant des EHPAD à hauteur de 230,9 M€ grâce au PAI 2023. Plus de la moitié concernaient des créations ou reconstructions d'EHPAD.

[107] La CNSA fait ainsi état à fin 2023 d'une mobilisation intégrale des plans d'aide à l'investissement (PAI) 2021/2022/2023 délégués aux ARS au regard du niveau des autorisations d'engagements.

Tableau 6 : Autorisations d'engagement dans le cadre des plans d'aide à l'investissement 2021/2023

PAI	AE prévue	AE réellement à dispo	AE consommé	Report
2021	280 000 000 €	280 000 000€	280 000 000€	0
2022	247 500 000 €	238 911 137€	238 911 137€	8 553 762€
2023	232 500 000 €	241 053 762€	241 053 762€	0

Source : CNSA

5.2 La majorité des projets reste encore à valider dans le champ sanitaire

La majorité des projets structurants des établissements de santé sont encore à un stade précoce de l'instruction

[108] La circulaire du 30 mars 2021 prévoyait 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.

[109] Dans le recensement consolidé au printemps 2023 par la DGOS, seuls 80 projets sur 306 étaient validés (étape 3) soit 26 %. A l'inverse 63 % des projets n'avaient pas encore passé l'étape 1 d'instruction.

Tableau 7 : Etape d'instruction des projets d'investissement des établissements de santé supérieurs à 20 M€ HT

Etape des projets supérieurs à 20 € HT	Nombre de projets	%
Avant étape 1	96	31 %
Etape 1	97	32 %
Etape 2	24	8 %
Etape 3 - avis final	80	26 %
Non saisi	9	3 %
Total	306	100

Source : DGOS – juin 2023

[110] Si l'on zoome sur les projets instruits nationalement (supérieurs à 150 M€), nombreux sont également ceux qui s'inscrivent à un stade d'instruction relativement précoce. Parmi les 48 projets immobiliers faisant l'objet d'une instruction nationale, la plupart se situe avant l'étape 1 ou en étape 1, c'est-à-dire avant la validation du schéma directeur immobilier qui valide les grandes orientations du projet de territoire et de l'opération.

Tableau 8 : Etape d'instruction des projets nationaux au printemps 2023

Etape des projets instruits nationalement	Nombre de projets	%
Avant étape 1	20	42 %
Etape 1	11	23 %
Etape 2	2	4 %
Etape 3 - avis final	12	25 %
Non précisé	3	6 %
Total	48	100 %

Source : DGOS

[111] De plus, dans son rapport établi à l'issue des dialogues régionaux fin 2023, le comité de pilotage national de l'investissement en santé soulignait que le calendrier de validation des projets, initialement très ambitieux et resserré, s'est encore allongé et décalé d'après les données 2023 remontées par les ARS. Ainsi en 2022, seulement 36 projets de plus de 20M€ ont été validés contre un prévisionnel de 182 projets selon le reporting du printemps 2022.

[112] L’instruction de ces projets, à l’origine prévue en 2022, est reportée d’une ou deux années, participant au rééchelonnement de la programmation. Aujourd’hui, les ARS prévoient de valider (étape 3) une large majorité de leurs projets entre 2023 et 2025, soit 73 % des projets de plus de 20 M€.

[113] Le comité de pilotage note que ce décalage est nécessaire pour approfondir l’accompagnement de certains porteurs de projet et sécuriser la pertinence et la soutenabilité du projet.

[114] Les projets sanitaires, nationaux comme régionaux, s’inscrivent ainsi à un stade d’instruction relativement précoce notamment au regard des reports observés ce qui permet d’envisager pour l’avenir de renforcer les objectifs relatifs à la transition écologique, malgré de fortes contraintes financières.

5.3 Pour le champ médico-social, les projets sont quant à eux validés

[115] Selon les dialogues de gestion entre la CNSA et l’ARS menés à l’été 2023, le taux de réalisation est de 62 % par rapport aux calendriers initialement définis par les ARS. 20 607 places au sein de 286 EHPAD seraient ainsi livrées avant juillet 2026.

[116] Les projets des établissements médico-sociaux ont été validés dans le cadre des procédures des PAI 2021 à 2023 et les procédures sont en cours pour l’exercice 2024.

[117] La question posée pour ce champ est celle des campagnes d’investissement à venir à compter de 2025. A ce stade, aucune perspective pluriannuelle n’est arrêtée sur ce champ, comme la CNSA a pu le confirmer auprès de la mission.

5.4 La soutenabilité financière des projets est fragilisée

[118] Le Comité de pilotage de l’investissement en santé note dans son rapport de février 2024 que la soutenabilité des programmations régionales est globalement fragile. Le montant total de la programmation Ségur a augmenté de 18 % entre 2022 et 2023 soit une hausse de 6,1 Md€. Selon les ARS, le contexte inflationniste actuel⁶, la sous-estimation initiale de certains projets et leur redimensionnement expliquent cette augmentation, avec de plus une alerte particulière sur la dégradation de la situation d’exploitation des établissements, qui vient amoindrir de manière marquée leur capacité à financer leurs projets, toutes choses égales par ailleurs.

[119] Dans son rapport sur les finances des hôpitaux d’octobre 2023⁷, la Cour des comptes souligne en effet que leur situation budgétaire 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’exploitation. La garantie de financement mis en œuvre pendant la crise sanitaire a compensé les pertes de recettes versées par l’assurance maladie en

⁶ Certains interlocuteurs rencontrés par la mission font état d’une augmentation des coûts de l’ordre de 30 %.

⁷ « LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS APRÈS LA CRISE SANITAIRE », Cour des Comptes, Rapport public thématique, Octobre 2023

raison notamment de la déprogrammation des opérations chirurgicales pour laquelle l'activité n'a pas retrouvé son niveau d'avant la crise (2,5 Md€ en 2020, 1,6 Md€ en 2021 et 1,8 Md€ en 2022).

[120] Les déficits globaux cumulés des hôpitaux publics atteignent ainsi en 2022 le niveau de – 1 339 M€ en 2022, dont – 1 073 M€ pour les budgets principaux et – 266 M€ pour les budgets annexes (essentiellement les EHPAD et les unités de soin de longue durée). La Cour souligne qu'il faut remonter à 2007 pour approcher un tel niveau de pertes (- 1 035 M€).

[121] Selon le Comité de pilotage du CNIS, les ARS ont ainsi relevé leur appréciation du niveau d'alerte des projets supérieurs à 20 M€. En effet, 309 projets font l'objet d'une alerte forte ou modérée en 2023 soit une augmentation de 90 % par rapport à 2022 qui en comptait 163. Ces alertes portent très majoritairement sur la soutenabilité financière des projets (42 %), sur la gouvernance (10 %), sur l'augmentation des coûts (9 %), sur l'attractivité RH (9 %) ou encore sur le projet médical (9 %).

[122] Ce risque renforce le besoin de bien calibrer le niveau des taux d'aide des projets, afin de ne pas valider des plans de financement non soutenables. Or, la Cour pointait dans son rapport précité « des taux d'aide trop limités au regard des projets sélectionnés », les taux d'aide moyen pour les investissements structurants étant inférieurs à ceux du plan Hôpital 20212 (34 % contre 39 %), avec de fortes disparités entre les régions.

[123] Dans ce contexte, il a été demandé aux ARS dans le cadre des dialogues de gestion régionaux 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 de d'autres projets plus matures, au sein du même établissement ou au bénéfice d'autres établissements.

[124] Dans le champ médico-social, la CNSA souligne également le contexte inflationniste et l'augmentation des coûts travaux qui impactent la programmation des schémas régionaux d'investissement pour leur volet médico-social. Les coûts des chantiers ont augmenté de 17 % dans le cadre du PAI 2023, nécessitant d'augmenter les subventions de 27 %. Par conséquent, la révision du plan de financement des projets intégrant ces exigences qualitatives engendre des décalages dans les programmations régionales.

[125] Le renchérissement des coûts de construction diminue mécaniquement le taux d'aide des projets sélectionnés avec l'augmentation du coût des projets. Dans sa note de conjoncture sur le prix des travaux des établissements sanitaires et médicaux sociaux d'octobre 2023, l'ANAP indique que l'indice BT 01 présente une augmentation particulièrement significative depuis janvier 2021 avec une augmentation de 13,4 % ces 30 derniers mois soit une augmentation annuelle de 5,35 %, conséquence directe de l'augmentation du coût des matières premières et de l'énergie sur cette période. Cette évolution de l'index a impacté l'ensemble des coûts de la construction au niveau national et concerne les opérations de construction neuve comme les rénovations.

Tableau 9 : Stratégies régionales d'investissements élaborées en 2021

ARS	Stratégies régionales	Modalités d'instruction des projets
Auvergne-Rhône-Alpes	Les enjeux de transition écologique ne figurent pas dans les priorités formalisées de la stratégie régionale adoptée en 2021 même s'il est mentionné plus globalement que cette stratégie « représente un enjeu de développement durable » avec la structuration de l'offre de soins, la santé publique et le soutien à l'autonomie.	Le développement durable est pris en compte dans le cadre de l'instruction des projets. Il est ainsi prévu qu'à l'étape n°2 (préprogramme) sont analysés les impacts en termes de développement durable parmi d'autres caractéristiques du projet (dimensionnement, capacitaire, principes d'organisation médico-soignante du projet, premières évaluations de surface, et premières approches de calendrier, de coûts et de mode de dévolution).
Bourgogne-Franche-Comté	Le développement durable ne constitue pas une orientation à part entière de la stratégie régionale adoptée en 2021 même si ces enjeux sont mentionnés dans le cadre de l'instruction des dossiers.	« <i>La transition énergétique et le respect de l'environnement par l'amélioration des performances, des capacités thermiques et climatiques et plus globalement des enjeux d'éco-responsabilité</i> » constituent l'un des critères auxquels doivent répondre les projets pour le volets médico-social. La stratégie régionale mentionne par ailleurs que « <i>l'ARS a lancé un appel à manifestation d'intérêt en partenariat avec l'ADEME et la Banque des Territoires afin d'accompagner les établissements dans la réduction de leur bilan carbone et la réduction de leur consommation énergétique</i> », avec 16 projets retenus au sein de la région
Bretagne	Parmi les grands principes directeurs des projets d'investissements susceptibles de bénéficier du Plan Ségur figure le développement durable (aux côtés de l'adaptation et la modernisation de l'offre de soins, l'attractivité des établissements, les organisations et les pratiques au sein des établissements, leur performance interne).	Parmi les critères de priorisation et d'instruction des projets figure la transition écologique en visant la « <i>réduction de la trace environnementale de l'offre de soins, à travers la rénovation du patrimoine immobilier des établissements de santé et des ESMS ou grâce à la mise en œuvre, à l'occasion des projets</i> »

		<i>d'investissement, de nouvelles pratiques et organisations moins consommatrices ».</i> Il est ainsi mentionné dans la stratégie régionale que « <i>chaque projet devra comporter un volet argumentaire au titre de la transition écologique, avec une évaluation des gains attendus notamment en matière de sobriété énergétique</i> ». A noter que l'ARS Bretagne a développé un référentiel simplifié permettant d'apprécier l'engagement du porteur et la conformité du projet aux enjeux environnementaux (intégration du projet dans l'environnement, adaptation aux enjeux climatiques, qualité environnementale du bâti, équipements, empreinte environnementale du chantier, fonctionnement du bâtiment en exploitation, enjeux de mobilité, sensibilisation des occupants au développement durable).
Centre-Val de Loire	La transition écologique n'est pas mentionnée dans les orientations de la stratégies régionales définie en octobre 2021. Celle-ci vise principalement les enjeux démographiques et la question de la restructuration de l'offre.	Certains projets retenus dans le cadre de de la stratégie régionale mentionnent néanmoins la question énergétique (Nogent le Rotrou ou Hameau de la Thibaudière à Fondettes présentant un projet à énergie positive bénéficiant du label BEPOS Effinergie 2017).
Corse	Le développement durable est inscrit comme critère structurant des projets, à la demande des fédérations d'établissements. .	Ce critère intègre les travaux de mise aux normes, les économies d'énergie, la politique d'achat et de l'usage unique et la gestion des déchets. Une gouvernance est prévue dans ce cadre avec l'ADEME, l'ANAP en lien avec le recrutement de deux conseillers en transition écologiques et énergétique
Grand Est	Les enjeux de transition écologique ne sont pas mentionnés dans les orientations générales de la stratégie régionale adoptée en novembre 2021.	La stratégie régionale indique cependant que chaque projet fera l'objet d'une analyse d'impact environnemental (rénovation énergétique, recours aux énergies renouvelables, environnement favorable à la santé), en parallèle de son impact organisationnel et économique.

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 2 ANNEXES

Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy	En matière environnemental, la stratégie régionale vise principalement les risques naturels extrêmes (cyclones, séismes, inondations, éruptions volcaniques, mais également invasion des côtes par les sargasses).	Parmi les critères d'analyse des projets « pour l'avenir » figure le développement durable.
Guyane	La Stratégie régionale présentée en octobre 2021 ne mentionne pas les enjeux de transition écologique, priorisant les questions de : - territorialisation, transformation et décloisonnement de l'offre, - réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement avec la modernisation des principaux sites de la région Guyane - santé publique et de soutien à l'autonomie.	
Hauts-de-France	Le développement durable est l'une des priorités régionales affichées à la fois pour les projets sanitaires et médico-sociaux avec la : - réduction de la trace environnementale de l'offre de soins - prise en compte de la santé environnementale et de l'écoconception - consommation raisonnée des ressources et la lutte contre les gaspillages.	
Île-de-France	La stratégie régionale indique que l'ensemble des projets doit répondre à la nécessité transverse de développement durable ce qui repose notamment sur la contribution « à la lutte contre le réchauffement climatique dans la conception des ouvrages ». A noter par ailleurs l'action de l'ARS avec les bureaux d'études spécialisés en environnement de France sur la mise en œuvre des textes applicables aux établissements : traduction, méthode, application, contraintes, limites...	La stratégie régionale indique que l'instruction des projets par l'ARS implique non seulement « l'application des normes environnementales (loi ELAN, décret Eco-Energie tertiaire, réglementation RE 2020, respect des cahiers des charges élaborés par le CNIS etc), mais au-delà, l'encouragement au cours du dialogue avec l'établissement d'efforts plus ambitieux, sur la gestion de l'eau ou des déchets, l'énergie (apport de panneaux solaires), ou une végétalisation plus systématique ».

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 2 ANNEXES

		Dans l'étape 1 du schéma directeur immobilier, l'ARS de demande un diagnostic énergétique des bâtiments et du site. Par ailleurs, l'ARS indique investiguer le sujet du développement des modes de transport bas carbone dans l'accessibilité aux établissements doit être traité de façon approfondie dans l'instruction des futurs projets.
La Réunion	Les enjeux de transition écologique ne sont pas priorisés dans la stratégie régionale.	
Martinique	La transition énergétique et écologique constitue un axe prioritaire de la stratégie régionale, en lien avec la prévention des risques naturels.	
Mayotte	Le développement durable est mentionné parmi une dizaine d'autres critères proposés pour la sélection des projets (structuration de l'offre de soins, Réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement, soins non programmés, soins critiques, soutien à l'autonomie, Plan cancer, Prise en charge des maladies chroniques, personnes âgées, Soins palliatifs et fin de vie).	
Normandie	La transition écologique n'est pas mentionnée dans les orientations de la stratégie régionale définie en octobre 2021, celle-ci étant axée sur les déterminants de santé et politiques de santé publique afférentes (parcours des personnes âgées, cancer, pathologies cardiaques, santé mentale, odontologie, soins critiques,...).	La Normandie a lancé un appel à manifestation d'intérêt (AMI) au printemps 2021 pour sélectionner les projets Ségur dans le champ sanitaire et médico-social. Cet AMI ne mentionne pas non plus les enjeux écologiques même si des projets retenus dans ce cadre intègrent ces questions.

RAPPORT IGAS N°2023-102R – TOME 2 ANNEXES

Nouvelle-Aquitaine	Le développement durable constitue l'une des trois priorités transversales retenues pour la stratégie régionale d'investissements avec la structuration de l'offre de soins d'une part et la santé publique et le soutien à l'autonomie d'autre part. L'ambition affichée est d'intégrer ainsi « <i>les enjeux écologiques au cœur de la réflexion pour les futurs projets</i> ». Pour les investissements courants, la stratégie régionale cible une enveloppe de 0,5 M€ sur les enjeux de transition écologique durable dès la campagne 2021.	L'engagement dans les labels « éco-responsables » soutenus par l'ARS NA constitue un prérequis pour les projets, avec questionnement relatif à une labellisation HQE dans l'objectif d'émissions neutres de GES dans ses différentes composantes (performance énergétique, mobilités douces, gestion des déchets, gestion de l'eau, gaz anesthésiants, prévention des ilots de chaleur, accessibilité pour tous types de publics). Une évaluation du bénéfice/risque restructuration versus reconstruction est mentionnée également dans les critères d'analyse des projets.
Occitanie	La transition écologique n'est pas mentionnée dans les orientations de la stratégie régionale définie en octobre 2021, celle-ci étant axée sur la mise en œuvre des politiques de santé en lien avec les priorités du projet régional de santé (prévention, maladies chroniques, cancers, soins urgents et non programmées, vieillissement) et sur l'approche territoriale avec la réduction des inégalités d'accès à la santé.	
Pays de la Loire	La stratégie régionale adoptée en octobre 2021 vise explicitement Les enjeux de développement durable en santé, partant du constat que seulement « <i>20 % des établissements avaient engagé des actions précises</i> ». Plusieurs champs d'actions ont pu être identifiés en Pays de la Loire et formalisés dans une convention cadre ADEME – ARS qui avait été signée en 2018 :	Il est demandé dans la stratégie régionale que les démarches projets intègrent la dimension de développement durable (transition énergétique notamment) avec l'appui de la MAPES des porteurs de projets (accompagnement aux démarches RSE, formations thématiques). Cette dimension du développement durable fait l'objet d'une attention particulière de l'ARS dans toutes les démarches des projets d'investissement, celle-ci indiquant que ces objectifs pourront donner lieu à une bonification d'aide.

	- Maîtrise de l'énergie et développement des énergies renouvelables - Prévention et gestion des déchets - Alimentation durable - Achats responsables - Qualité de l'air intérieur - Urbanisme et santé, mobilité durable.	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Le développement durable est clairement inscrit dans la stratégie régionale adoptée en 2021 « <i>dans une région caractérisée par des contraintes climatiques spécifiques et croissantes et par des situations géographiques et des configurations d'aménagements particulières (variété des espaces depuis la mer jusqu'aux montagnes,...)</i> ». Trois sujets étaient identifiés comme devant faire l'objet de réponses dans les projets : volet énergétique, avec l'enjeu de la mise en œuvre de réduction de consommation énergétique issue du décret tertiaire, volet mobilité, volet déchets et ressources en matériaux, pour lequel il est notamment attendu une gestion du chantier vertueuse. Le développement durable constitue également l'une des trois priorités pour l'allocation des crédits relatifs aux investissements du quotidien dans les EHPAD (avec les conditions de travail et la sécurisation des locaux) mobilisant 25 % des crédits pour 2021 (la stratégie régionale mentionne également des accompagnements pour les investissements sud quotidien pour les établissements sanitaires).	Une note spécifique qui détaille les réponses apportées au trois volets de développement durable ciblé par l'ARS est demandée aux promoteurs les invitant à préciser sur le volet énergie les moyens et démarches envisagées pour atteindre les objectifs du décret tertiaire (l'ARS propose dans ce cadre un cahier des charges établi avec le concours de l'ADEME),

ANNEXE 2 : Résultats du questionnaire adressé par la mission aux agences régionales de santé

ANNEXE 2 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE ADRESSE PAR LA MISSION AUX AGENCES REGIONALES DE SANTE	44
1 CONTEXTE DU QUESTIONNAIRE ET METHODOLOGIE	45
2 LES PRS 2023-2028 INTEGRENT PRESQUE TOUS LA QUESTION DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE.....	46
2.1 DANS LA PLUPART DES PRS, LA TRANSITION ECOLOGIQUE CONSTITUE UN OBJECTIF STRATEGIQUE CLAIREMENT FORMALISE, EN LIEN AVEC LE PROJET REGIONAL DE SANTE ENVIRONNEMENT (PRSE).....	46
2.2 CES ORIENTATIONS STRATEGIQUES SE DECLINENT EN DE NOMBREUX OBJECTIFS OPERATIONNELS	48
3 LA GOUVERNANCE REGIONALE RELATIVE A LA TRANSITION ECOLOGIQUE SE STRUCTURE	49
3.1 LA MOITIE DES ARS A INSTALLE UNE GOUVERNANCE REGIONALE RELATIVE A LA TRANSITION ECOLOGIQUE	49
3.2 LA MAJORITE DES ARS S'APPUIENT SUR DES STRUCTURES EXTERNES POUR ACCOMPAGNER LA TRANSITION ECOLOGIQUE DES ETABLISSEMENTS.....	50
4 LA PLUPART DES ARS ONT IDENTIFIE EN INTERNE UN REFERENT ET ALLOUE DES RESSOURCES A LA TRANSITION ECOLOGIQUE.....	52
4.1 TROIS QUARTS DES ARS ONT IDENTIFIE UN REFERENT SUR LES QUESTIONS DE TRANSITION ECOLOGIQUE	52
4.2 LES RESSOURCES DEDIEES SONT POUR AUTANT TRES FAIBLES	53
5 LA MOITIE DES ARS DECLARENT SUIVRE LES CONSOMMATIONS DES ETABLISSEMENTS, CE QUI EST EN DEVELOPPEMENT.....	53
6 LES ARS INTEGRENT PROGRESSIVEMENT LES ENJEUX DE TRANSITION ECOLOGIQUE DANS LE CADRE DU PLAN SEGUR.....	55
6.1 LES RENFORTS SEGUR SONT TRES PEU MOBILISES SUR LA TRANSITION ECOLOGIQUE, MEME SI CERTAINES ARS SONT VENUES LES COMPLETER	55
6.2 LA TRANSITION ECOLOGIQUE N'A PAS CONSTITUE UN CRITERE DE SELECTION DES PROJETS SEGUR MAIS EST PRISE EN COMPTE DANS LEUR INSTRUCTION	56
6.2.1 Les enjeux de transition écologique n'ont pas été dirimants dans la sélection des projets éligibles au Ségur	56
6.2.2 Les dossiers types d'appels à projet formulent des attentes sur la question de la transition écologique	57
6.2.3 Les objectifs de réduction énergétique ou de décarbonation ne sont pas généralisés.....	59
6.2.4 Deux ARS ont adopté un dispositif de bonification des financements pour les projets médico-sociaux présentant une forte dimension environnementale ou énergétique	61

1 Contexte du questionnaire et méthodologie

[1] Dans le cadre de la mission Igas relative à l'impact du plan Ségur sur la décarbonation des établissements de santé et médico-sociaux, la mission a adressé un questionnaire Solen aux agences régionales de santé (ARS).

[2] Cette enquête a été transmise aux directions générales des agences pour évaluer comment les ARS s'étaient structurées pour instruire les projets issus du plan Ségur à l'aune de la transition écologique mais aussi comment elles prenaient en compte plus globalement en compte la question environnementale (projet régional de santé, gouvernance dédiée...).

[3] Le questionnaire a été établi par la mission en lien avec le pôle santé/ARS du Secrétariat général en charge des ministères sociaux (SGMAS).

[4] Il est construit en deux parties :

- Politique régionale de transition écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux et ressources mobilisées ;
- Suivi des enjeux de transition écologique des établissements retenus dans le cadre du plan Ségur.

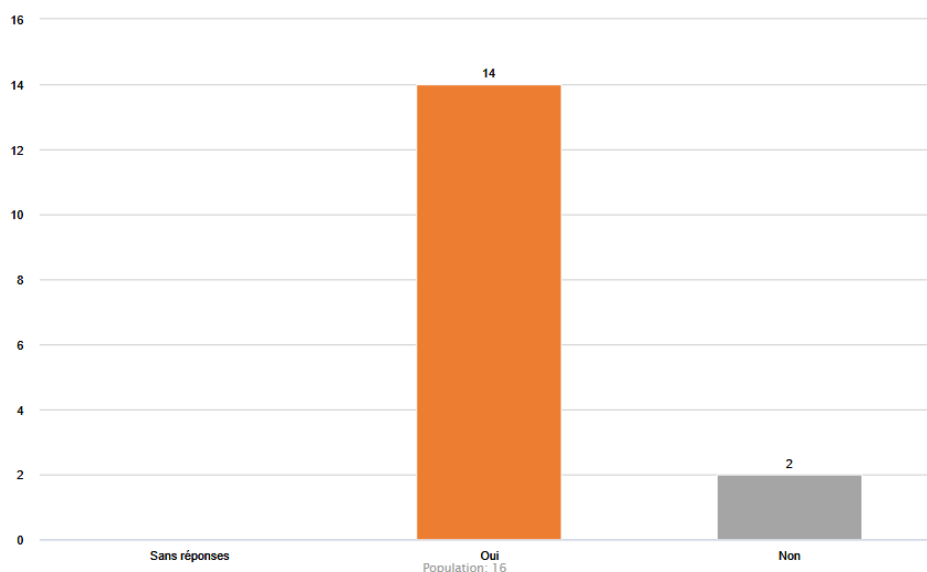
[5] La mission a par ailleurs souhaité recueillir dans le cadre de cette enquête les bonnes pratiques identifiées en régions, les difficultés rencontrées par les ARS pour faire face aux enjeux de décarbonation des établissements de santé et médico-sociaux et les leviers pertinents pour piloter cette transition, instruits dans le cadre du présent rapport.

[6] Le questionnaire a été adressé aux directeurs généraux d'ARS en décembre 2023 et les réponses retournées en janvier 2024. Toutes les ARS ont répondu au questionnaire mises à part la Guyane et la Martinique, soit 16 réponses.

2 Les PRS 2023-2028 intègrent presque tous la question de la transition écologique

[7] Mises à part deux agences, l'ensemble des ARS ont intégré dans leurs PRS des enjeux de transition écologique pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Graphique 1 : Le nouveau Projet régional de santé intègre-t-il des enjeux de transition écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux ?



2.1 Dans la plupart des PRS, la transition écologique constitue un objectif stratégique clairement formalisé, en lien avec le projet régional de santé environnement (PRSE)

[8] En Bourgogne-Franche-Comté, le projet régional de santé environnemental (PRSE) est intégré dans le PRS et le développement durable et la responsabilité sociale et environnementale (RSE) des établissements sont intégrés dans chacun des axes de la stratégie de l'offre médico-sociale.

[9] En Centre-Val de Loire, les enjeux de transition écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux sont structurés en un chapitre intitulé « Accompagner la transition écologique du système de santé ».

[10] En Nouvelle-Aquitaine, le PRS prévoit deux grandes orientations : « Structurer une gouvernance régionale et accompagner le secteur de la santé vers la transformation écologique (mise en place d'un comité régional, formation/sensibilisation des ES/ESMS, mise en place d'outils structurants type écolabel, boîte à outils) » et « Encourager toutes les démarches visant à réduire l'impact sur le changement climatique (achats durables, réduction des déchets, sobriété énergétique...) ».

[11] En Bretagne, les enjeux liés à la transition écologique et énergétique figurent dans le Cadre d’Orientation Stratégique (COS) et sont déclinés dans le Schéma Régional de Santé (SRS). Les enjeux relatifs à la transition écologiques et énergétiques sont pris en compte dès la première partie du SRS relatif à l’adaptation du système de santé aux besoins de la population.

[12] En Occitanie, l’une des nouveautés du PRS est qu’il intègre au sein du COS consacré à la prévention, deux enjeux de santé-environnement avec la prise en compte de la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d’une seule santé ("One Health") et la prévention et l’adaptation aux répercussions en santé du réchauffement climatique. Par ailleurs, le PRS s’articule étroitement avec le Plan Régional Santé Environnement nouvellement adopté, piloté par l’ARS et la DREAL et élaboré dans le cadre du groupe régional santé environnement.

[13] Dans le Grand Est, l’une des quatre priorités du SRS 2023-2028 a pour objectif de « *Minimiser l’impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique* », avec deux enjeux complémentaires que sont l’atténuation du changement climatique en agissant sur le système de santé et l’adaptation aux conséquences présentes et à venir du changement climatique.

[14] En Auvergne-Rhône-Alpes, le SRS comporte un volet relatif à l’amélioration du parc immobilier des établissements dans le prolongement de la stratégie du Ségur investissement. Ce volet intègre la question de la transition écologique et énergétique. En outre, le chapitre prévention comporte des objectifs en matière de qualité environnementale.

[15] En Ile de France, Le PRS, dans son axe « *Gérer, anticiper et prévenir les risques* », retient comme mesures clefs la mise en œuvre des obligations pour les établissements sanitaires et médico-sociaux de recensement des émissions de gaz à effet de serre et consommations énergétiques, et d’intégrer l’éco-responsabilité dans les projets, décisions, autorisations des établissements sanitaires et médico-sociaux et des structures d’exercice coordonné en ville, notamment dans le cadre des investissements immobiliers et des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM).

[16] En Normandie, le défi de la transition écologique est l'un des sept enjeux du PRS et se décline en deux objectifs transversaux "prévenir les pathologies en lien avec l’environnement" et "réduire l’empreinte environnementale des acteurs du système de santé normand".

[17] A la Réunion est identifiée une orientation stratégique, sur les quinze retenues, consacrée à un environnement favorable à la santé et qui intègre la préoccupation de transition écologique des opérateurs de santé. Le PRS 2023-2033 prévoit de créer un groupe régional inter-établissement favorisant l’échange d’expériences et d’analyses sur la transition écologique en lien avec le Comité pour le développement durable en santé (C2DS). La région prévoit d’intégrer des objectifs chiffrés de transformation écologique et énergétiques dans les CPOM des établissements de santé et médico-sociaux.

[18] L’ARS Hauts de France a défini un PRS intégrant les principes d’une seule santé avec l’objectif général de « *Promouvoir un environnement favorable à la santé* » comprenant un objectif opérationnel sur la transition écologique du système de santé.

[19] En PACA, la transition écologique est prise en compte dans le chapitre consacré à la qualité des prises en charge.

2.2 Ces orientations stratégiques se déclinent en de nombreux objectifs opérationnels

[20] En Centre- Val de Loire, une fiche opérationnel relative à « l'accompagnement des établissements dans leur transition écologique et la prise en compte des déterminants environnementaux » est formalisée. L'inscription des objectifs de transition écologique dans les nouveaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ES/ESMS ont vocation à décliner ces enjeux tout comme l'intégration de la notion d'environnements favorables à la santé dans les nouveaux projets d'aménagement (nouveaux établissements, extension, reconstruction...) et projets d'établissement.

[21] En Occitanie, un objectif opérationnel a été fixé concernant les établissements mais également les structures d'exercice coordonné visant à accompagner l'adaptation des ES/ESMS dans une démarche d'éco-responsabilité (bâtiments, techniques, pratiques, usage des produits détergents/biocides...).

[22] En Pays de la Loire, le PRS met en avant l'intégration d'objectifs de bâtiment durable dans les projets d'investissement ainsi que les leviers d'accompagnement développés par l'agence (financement incitatif, ingénierie de territoire).

[23] Dans le Grand Est, l'ARS s'engage dans une démarche d'adaptation précisée en sept objectifs opérationnels pour la période 2023-2028 : la prévention des altérations de la qualité de l'eau potable, la prévention des impacts liés aux espèces nuisibles à la santé, la prévention du risque sanitaire environnemental dans les espaces clos, la prévention des impacts liés au changement climatique par l'aménagement du territoire et l'acclimatation des lieux de santé.

[24] En Ile de France, s'agissant de la réduction de l'impact du système de santé sur l'environnement et de l'atténuation du changement climatique, les objectifs opérationnels visent à réaffirmer les obligations en matière de réduction d'émissions de gaz à effet de serre, accompagner au développement durable les établissements de santé et médico-sociaux de la région, réduire à la source la production de déchets et d'effluents, aussi bien dans le soin que dans la restauration, définir une animation et développer des réseaux collaboratifs.

[25] En Bretagne, les objectifs inscrits dans le PRS pour les établissements visent à développer la sobriété en termes de consommation de ressources naturelles (énergies, eau), l'efficacité des équipements et l'usage des énergies renouvelables, dans le patrimoine existant et à venir, favoriser les transports et les mobilités durables, contribuer à la réduction des déchets et à leur valorisation, et encourager les achats durables et favorables à la santé et à l'environnement. Elle s'engage à développer dans ce cadre l'observation et le suivi d'indicateurs de la transition énergétique et écologique en santé (TEES), en appelant de ses vœux une harmonisation nationale, animer le réseau régional de la TEES avec les conseillers et les établissements, soutenir les établissements en matière d'ingénierie de projets, notamment en étoffant le réseau de conseillers, intégrer des critères de TEES et de participation citoyenne dans les cahiers des charges et l'instruction des projets financés par l'ARS (ex. projets de rénovation et de construction des établissements et projets de santé des structures d'exercice coordonné), s'appuyer sur les dispositifs de contractualisation pour encourager les structures à intégrer des critères de TEES (CPOM notamment).

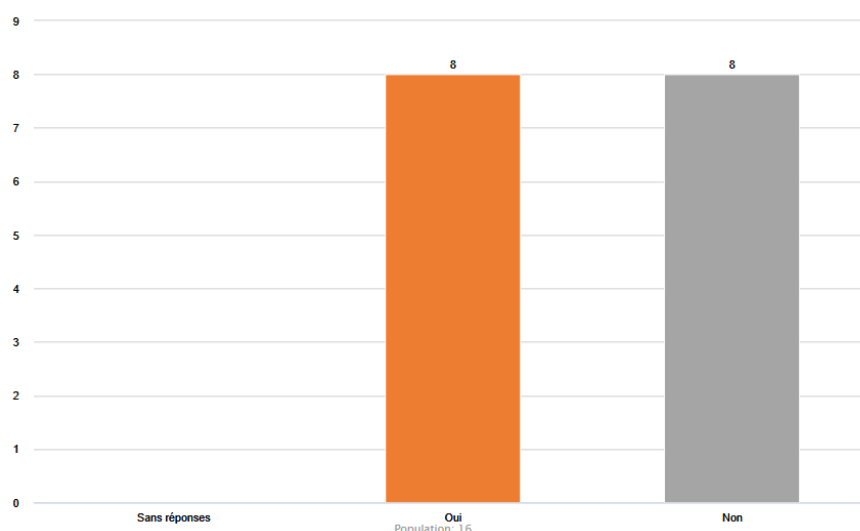
[26] En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS met en place d'un référentiel environnemental NFE (conçu avec l'AFNOR) sur l'hébergement et la restauration pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

3 La gouvernance régionale relative à la transition écologique se structure

3.1 La moitié des ARS a installé une gouvernance régionale relative à la transition écologique

[27] 8 ARS sur 16 indiquent disposer d'une gouvernance régionale.

Graphique 2 : L'ARS a-t-elle installé une gouvernance pour piloter la transition écologique des établissements ?



[28] Cette gouvernance est plus ou moins structurée.

[29] En Normandie, l'ARS a fait le choix en décembre 2023 d'installer à son niveau une «COP santé » avec l'ensemble des représentants des fédérations, des usagers, les URPS et l'assurance maladie articulée avec la COP Normandie pilotée par le préfet de Région. La mise en place de cette gouvernance locale implique l'ensemble des acteurs du système de santé, pour intervenir dans le champ sanitaire et médico-social, touchant les établissements publics et privés, ainsi que la médecine de ville. Cette instance vise à l'élaboration d'une feuille de route sur l'ensemble des vecteurs d'émissions de GES (bâtiment, achats, transports, formations, numérique, produits de santé, eau, déchets...), avec en interne une task force rassemblant l'ensemble des directions de l'ARS.

[30] En Bretagne, un comité de pilotage de la transition énergétique et écologique en santé (Copil TEES) associe des représentants des conseils départementaux, du conseil régional, de l'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie, des fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP), de la direction régionale de l'alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt, des URPS

et du secteur médico-social (Nexem). Le Copil s'est récemment élargi avec notamment la participation des URPS et du secteur médico-social. En 2024, il devrait à nouveau s'élargir à l'assurance maladie, ainsi qu'à des représentants d'usagers issus de la CRSA. Il permet de faire un point régulier sur les actions du réseau breton de CTEES, la feuille de route du GCS. En miroir, une équipe projet interne à l'ARS rassemble assez largement les différentes directions concernées par le sujet (offre de soins en établissements, soins de proximité, qualité et pilotage, santé environnement, innovation...). Dans le cadre de l'animation du réseau de la TEES des groupes de travail permettant des échanges, des présentations de retours d'expériences, des interventions par des professionnels sont proposées aux établissements sanitaires et médico-sociaux (énergie/GES/eau, alimentation durable, transports et mobilité durable, santé environnementale). En 2024, un nouveau GT sur les soins écoresponsables sera mis en place et mobilisera l'appel à projets sur la pertinence des soins en lien avec l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

[31] En Bourgogne Franche-Comté, un comité de pilotage régional est constitué avec le Réseau des établissements de santé en transition (RESET) associant l'ADEME.

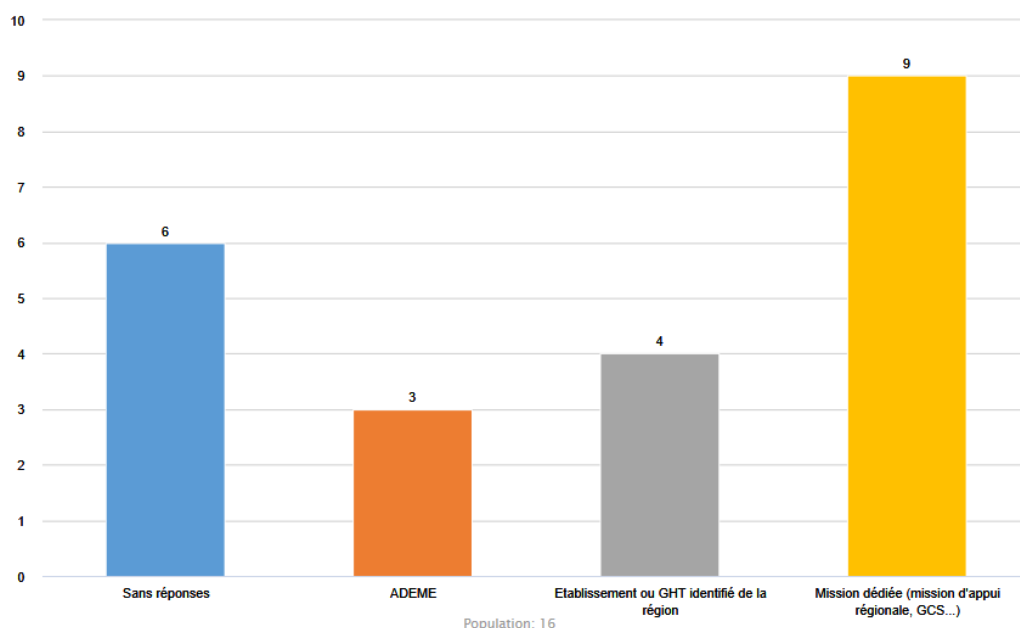
[32] En Pays de la Loire, plusieurs instances sont mobilisées : le comité régional des investissements intègre en son sein les logiques d'appui au territoire sur l'énergie et le développement durable, en lien avec la M.

[33] Dans les Hauts de France, une feuille de route régionale est en cours de consolidation, pilotée par la direction de la sécurité sanitaire et santé environnementale, et prévoit une gouvernance régionale incluant tous les acteurs de l'offre de soins et de prévention, ainsi que l'ADEME ou les agences de l'eau.

3.2 La majorité des ARS s'appuient sur des structures externes pour accompagner la transition écologique des établissements

[34] 10 ARS sur 16 déclarent recourir à une ou plusieurs structures externes sur les enjeux de transition écologique selon les modalités suivantes (plusieurs réponses possibles par agences).

Graphique 3 : L'ARS s'appuie-t-elle pour les enjeux de décarbonation sur une structure régionale externe dédiée ?



[35] Le plus souvent, il s'agit d'une mission d'appui régional spécifique. En Pays de la Loire, la MAPES coordonne le dispositif Efficacité et Transition Energétique (ETE) et porte également un volet développement durable en appui aux établissements. En Corse, la mission d'appui établissements médico-sociaux porte ces enjeux dans le cadre d'une convention avec l'Agence de l'Urbanisme et l'Energie de Corse et le CH de Bastia. En Bretagne, le groupement de coopération sanitaire Achats Santé a vu en 2022 ses missions renforcées et élargies à la Transition Energétique et Ecologique en Santé dans le cadre du nouveau CPOM ARS/GCS. Dans ce cadre, des recrutements supplémentaires sont envisagés pour 2024 dont un conseiller thématique sur les questions de sobriété en eau et mutualisé sur la région. Le GCS breton porte les postes régionaux de CTEES, dont le poste de coordonnateur et pilote le réseau des CTEES. Tel est le cas également en Nouvelle Aquitaine avec le GCS achats aquitain conventionné sur ces questions avec l'association ADSNA. En Bourgogne- Franche Comté, c'est le Pôle énergie BFC qui est mobilisé.

[36] Moins fréquemment, un établissement de santé est désigné pour assurer cette mission de coordination sans création de structure externe spécifique. En Centre-Val de Loire, les établissements support de GHT ont pour missions, au-delà de celles qui leur incombent dans la passation des marchés, d'accompagner la réalisation de tous les projets sanitaires validés par le Ségur Investissement en intégrant cette dimension TEES. En Normandie, la coordinatrice des CTEES rattachée au CHU de Caen, en lien avec le réseau des acteurs normands pour la commande publique éco-responsable (Ran Coper) sur les achats durables, constitue l'appui auprès de l'ARS sur ces questions.

[37] Trois régions citent par ailleurs l'ADEME comme partie prenante de cette gouvernance régionale (PACA, Pays de la Loire et Nouvelle Aquitaine). L'ARS PACA a signé un accord cadre avec la mise en place d'un référent thématique santé au sein de l'ADEME PACA et la définition de travaux spécifiques annuels. L'Ile de France a également pour projet de développer un partenariat avec l'ADEME. Des échanges ont également lieu dans cette région avec la FNCCR pour mettre en

place une convention de partenariat avec l'ARS, qui vise à permettre le recrutement d'économies de flux dont la mission est similaire aux CTEES.

[38] Les Hauts de France ont fait le choix d'un accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux par une prestation externe spécialisée sur les questions de transition écologique en santé sélectionnée via le RESAH.

4 La plupart des ARS ont identifié en interne un référent et alloué des ressources à la transition écologique

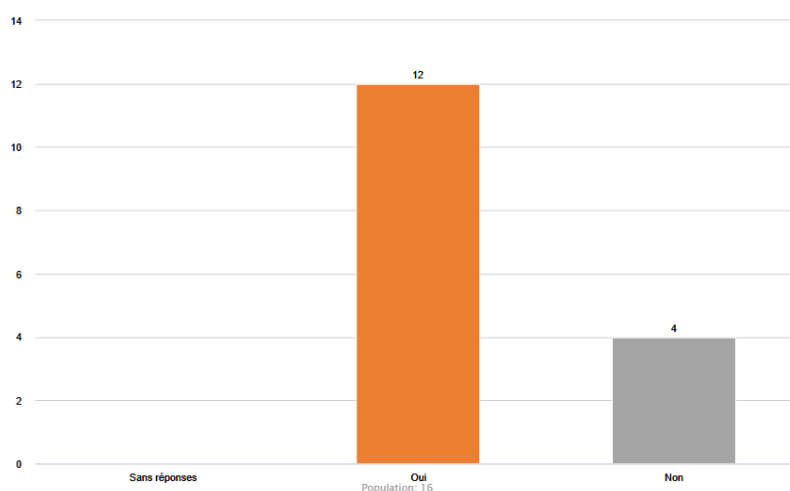
4.1 Trois quarts des ARS ont identifié un référent sur les questions de transition écologique

[39] Ces référents relèvent majoritairement des directions de l'offre et/ou de la performance (PACA, Auvergne-Rhône Alpes, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine), ou de manière combinée avec les directions en charge de la santé publique (Bretagne, Hauts-de France). Le Centre Val de Loire est la seule région avec un rattachement à la direction de la santé publique.

[40] Trois agences ont opté pour un référent positionné auprès de la direction générale (Grand-Est, Normandie, Réunion). L'ARS Grand Est mobilise par ailleurs une expertise hospitalo-universitaire externe.

[41] Parmi les régions n'ayant pas identifié de référent, les Pays de la Loire précisent que du temps dédié du responsable de la mission investissement et d'un chargé de projet au sein de la mission investissement est mobilisé sur ces questions.

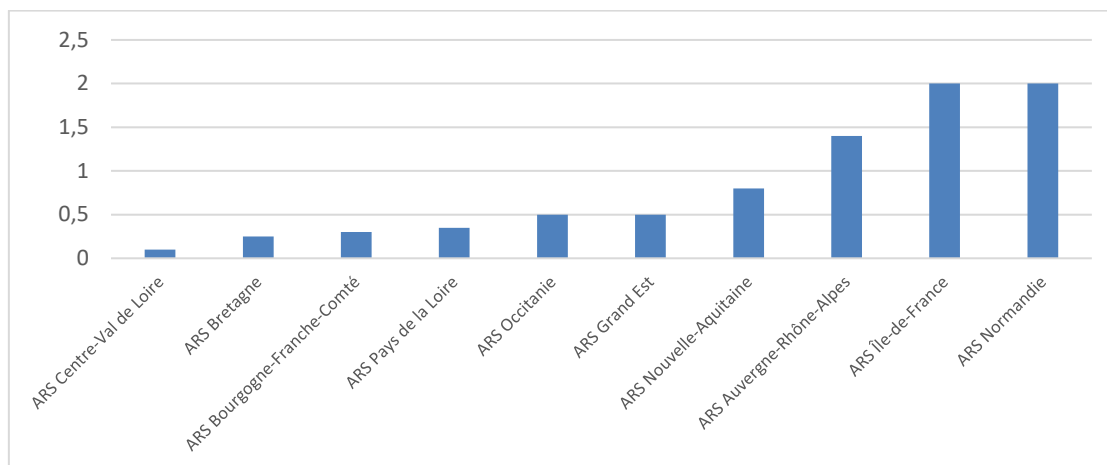
Graphique 4 : Identification d'un référent sur les enjeux de transition écologique



4.2 Les ressources dédiées sont pour autant très faibles

[42] L'ensemble des ressources dédiées des ARS consacrées à la transition écologique représente 8,2 ETP. Dix régions déclarent avoir alloués des ressources spécifiquement à la transition écologique des établissements, entre 0,1 et 2 ETP.

Graphique 5 : Estimation du nombre d'ETP dédiés à la transition écologique



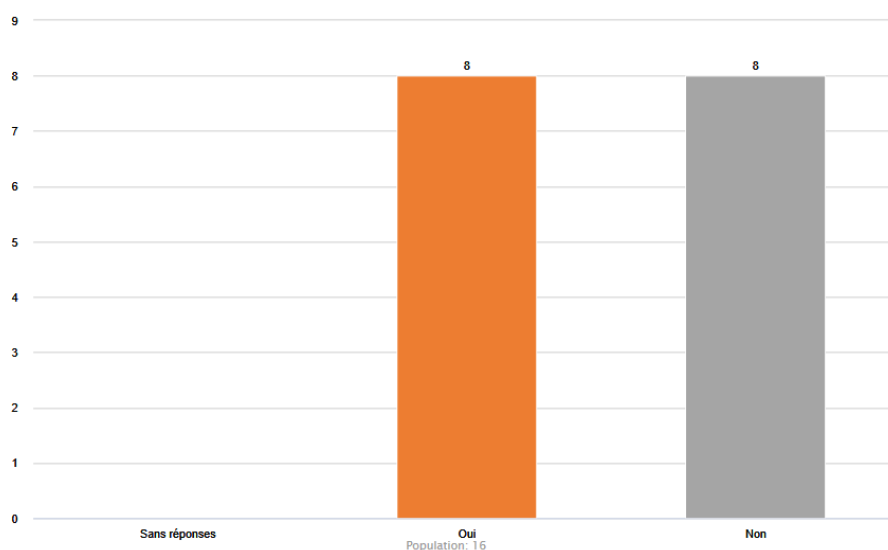
Source : Mission

5 La moitié des ARS déclarent suivre les consommations des établissements, ce qui est en développement

[43] La moitié des ARS indiquent assurer un suivi des bilans carbone et des consommations. Toutefois, les précisions apportées par les agences dans le questionnaire quant aux modalités effectives indiquent que les outils sont en cours de développement, à l'exception des Pays de la Loire, qui déclare disposer d'un suivi des consommations opérationnel dans le cadre de la MAPES qui permet d'ores et déjà de mesurer l'efficacité des leviers développés en région.

[44] Les autres régions sont en train de déployer les outils de suivi.

Graphique 6 : L'ARS suit-elle de manière consolidée les BEGES ou les consommations (ex. énergie, eau...) des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région dans leur ensemble ?



[45] Plusieurs agences souhaitent privilégier les outils développés par l'ANAP. A l'ARS Bretagne les modalités de suivi sont au stade de projet en s'appuyant sur ces outils (Mon Observatoire de Développement Durable permettant d'évaluer le niveau de maturité sur les différents volets du développement durable des établissements et d'identifier leurs axes d'amélioration). La Nouvelle-Aquitaine souhaite s'appuyer sur l'outil en cours de déploiement pour les bilans carbone simplifiés.

[46] D'autres régions souhaitent directement consolider les données des établissements. En Centre-Val de Loire, le dispositif est en cours de développement avec un suivi par les conseiller en transition écologique et écologique en santé. En Bourgogne-Franche-Comté, un observatoire des consommations se déploie via le réseau des établissements (RESET) avec certaines structures pilotes. En Auvergne-Rhône-Alpes, le suivi des consommations énergétiques est réalisé par les CTEES mais également via le tableau de bord médico-social.

[47] En Île-de-France, un tableau de bord énergie et carbone est en cours de réalisation. Un recueil de données sera actualisé sur une base trimestrielle. Les sources de données seront plurielles : bilan des CTEES déployés au sein des établissements, tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, Réseau d'Observation Statistique de l'Énergie et des émissions de gaz à effet de serre et données obtenues lors de l'instruction des projets d'investissement.

[48] Plusieurs ARS appellent de leurs vœux un accès aux données OPERAT de l'ADEME⁸ pour ne pas démultiplier le temps nécessaire de suivi et disposer en parallèle de la connaissance des surfaces utiles brutes qui sont indispensables au pilotage (Ile de France, Auvergne Rhône Alpes, Nouvelle Aquitaine, Normandie). Les données renseignées de manière obligatoire par les

⁸ L'Observatoire de la Performance Énergétique, de la Rénovation et des Actions du Tertiaire (OPERAT) est une plateforme de recueil et de suivi des consommations d'énergie du secteur tertiaire.

établissements (GES, consommation énergétique) ne sont effectivement pas encore accessibles aux ARS, ce qui constitue un vrai axe d'amélioration pour les ARS pour le pilotage de ces enjeux.

[49] L'ARS Bretagne identifie comme levier l'harmonisation des indicateurs à l'échelle nationale.

6 Les ARS intègrent progressivement les enjeux de transition écologique dans le cadre du plan Ségur

6.1 Les renforts Ségur sont très peu mobilisés sur la transition écologique, même si certaines ARS sont venues les compléter

[50] 114,5 ETP de renforts Ségur mobilisés par le national au sein des ARS en 2021 sont décomptés dans le cadre de ce questionnaire parmi les agences répondantes. Parmi ces ressources, 1,5 ETP a été affecté à la transition écologique (un ETP en Ile de France et 0,5 ETP en Occitanie).

[51] Les principaux postes d'affectation de ces ressources, conformément aux orientations du plan Ségur, portent sur les investissements immobiliers (36 ETP) et le numérique (30 ETP).

[52] 24 ETP ont été mobilisés à d'autres missions : déploiement territorial du Ségur en délégations départementales des ARS, analyse financière des projets, au pilotage global du plan (suivi des projets, maîtrise des risques, communications).

Tableau 1 : Effectifs Ségur et compléments ARS

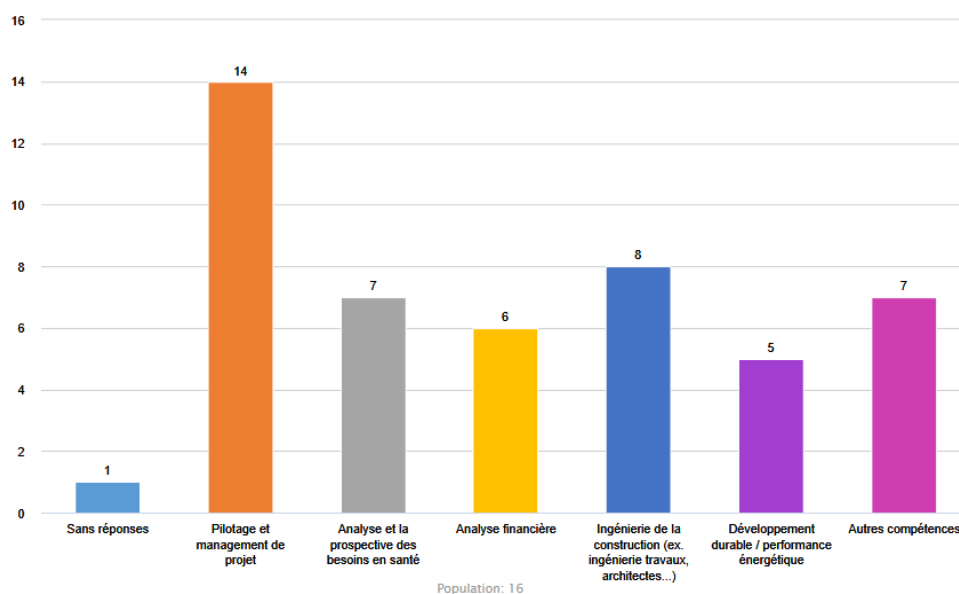
	Renforts Ségur totaux pour la période 2021/2025	Investissements immobiliers	N u m é r i q u e	Transition écologique	Autres missions	Non précisés	nombre d'ETP mobilisé sur le plan Ségur par redéploiement interne
Effectifs	114,5	36	30	1,5	24	23	45,1

Source : Mission

[53] Le questionnaire avait également pour but de recenser les compétences recrutées avec les renforts Ségur.

[54] Cinq régions indiquent avoir recruté des compétences en matière de développement durable et sur la performance énergétique. Par ailleurs, les recrutements concernent majoritairement la gestion de projet (14 ARS) et l'ingénierie de la construction (8 ARS), moins fréquemment l'analyse des besoins en santé et l'analyse financière (respectivement 7 et 6 régions).

Graphique 7 : Compétences recrutées dans le cadre du plan Ségur



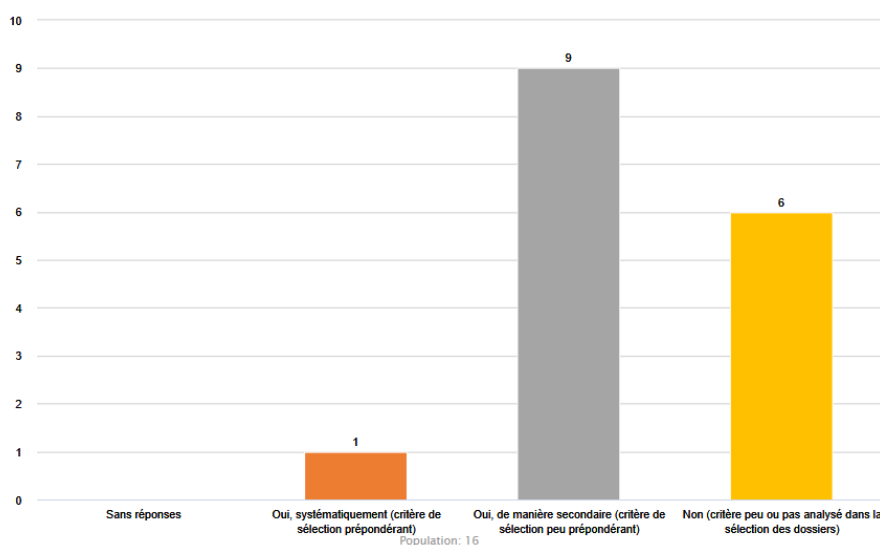
6.2 La transition écologique n'a pas constitué un critère de sélection des projets Ségur mais est prise en compte dans leur instruction

6.2.1 Les enjeux de transition écologique n'ont pas été dirimants dans la sélection des projets éligibles au Ségur

[55] Seule une agence indique avoir pris en compte de manière prépondérante ce critère pour la sélection des projets à accompagner dans le Ségur (ARS Nouvelle-Aquitaine). Les autres agences déclarent avoir pris en compte ce critère mais de manière peu prépondérante (9) ou indiquent ne pas du tout avoir pris en compte ce critère dans la sélection des dossiers (6).

[56] Ces réponses sont à rapprocher de l'analyse des documents de cadrage nationaux relatifs au plan Ségur qui n'ont pas priorisé la question environnementale lors de son lancement, même si les stratégies régionales investissements santé définies en 2021 la prenaient davantage en compte.

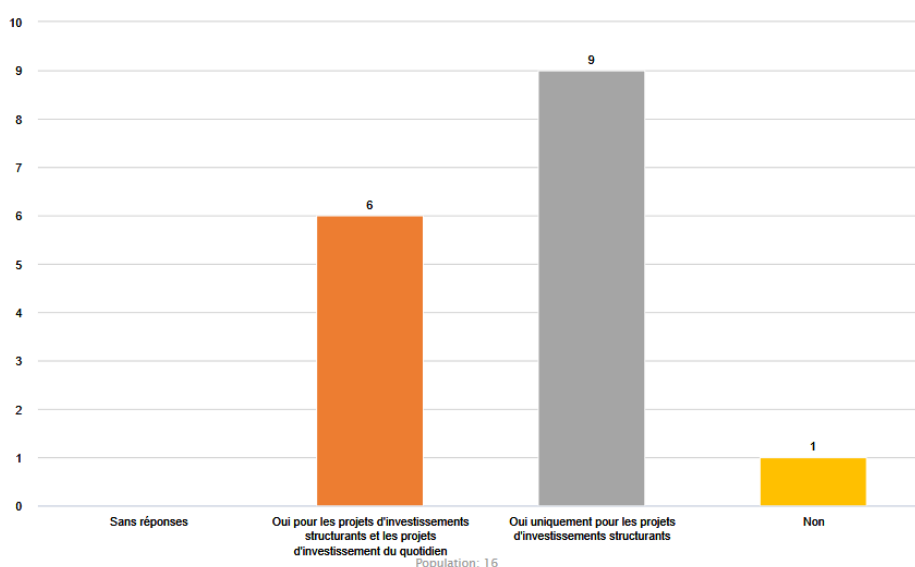
Graphique 8 : Les enjeux de transition écologique ont-ils été pris dans les procédures d'instruction des projets au lancement du Ségur pour sélectionner les projets ?



6.2.2 Les dossiers types d'appels à projet formulent des attentes sur la question de la transition écologique

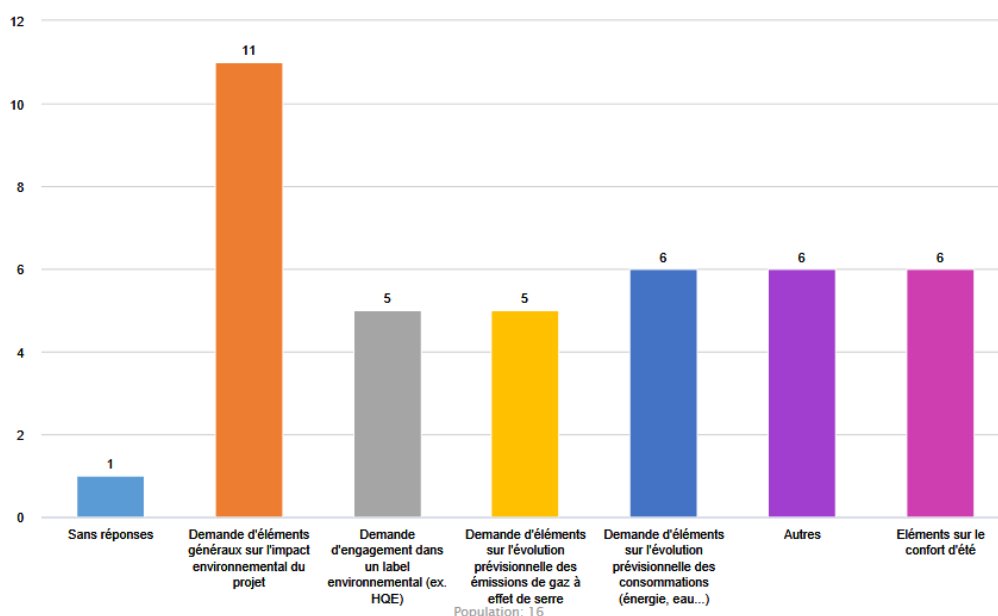
[57] Mise à part une ARS, l'ensemble des agences indiquent avoir intégré dans les dossiers types les enjeux de transition écologique (15 agences sur 16 répondantes), pour les investissements structurants (9 ARS) voire à pour les investissements structurants et les investissements du quotidien (6 d'entre elle soit 15 au total).

Graphique 9 : Les enjeux de transition écologique ont-ils été pris en compte dans les dossiers types d'appels à projets ?



[58] Les réponses aux questionnaires permettent de préciser les attendus en matière environnementale.

Graphique 10 : Sous quelle forme ces demandes ont porté ?



[59] Ces demandes ont porté le plus souvent sur des éléments généraux relatif à l'impact environnemental du projet. Certaines ARS ont également sollicité des éléments sur les consommations d'énergie et d'eau (6 agences), sur le confort d'été (6), sur l'évolution prévisionnelle des émissions des gaz à effet de serre (5). Cinq agences enfin ont demandé aux établissements de soumettre leur projet à un label environnemental.

[60] Ces demandes se matérialisent dans le cadre d'un volet RSE/développement durable décliné dans les rapports sociaux économiques (ARS Bretagne, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes).

[61] En PACA, les éléments attendus et analysés intègrent notamment la réponse aux attentes d'amélioration énergétique du projet et la prise en compte de la transition écologique : transport, déchets, eau, biodiversité. Seul l'atteinte du premier palier du décret tertiaire est exigée pour les grosse réhabilitations. Les établissements sont fortement encouragés à adhérer aux labélisations BDM – Bâtiments Durables Méditerranéens.

[62] En Auvergne- Rhône Alpes, dans le cadre du projet d'investissement, l'établissement doit décrire les mesures identifiées en matière de développement durable (construction, exploitation et maintenance des bâtiments). Dans le domaine de la transition écologique, le premier axe concerne les bâtiments et la maîtrise de l'énergie, et les enjeux de rénovation écologique et de transformation écologique des établissements sanitaires, et médico-sociaux. Le processus d'instruction formalisé dans cette région sous la forme d'une trame commune de Rapport Socio-Economique (RSE) comporte dès l'origine un volet demandant aux établissements de documenter la réduction de la trace environnementale de l'offre de soins (principes retenus en matière de développement durable et des installations de production et principes retenus en matière d'exploitation du bâtiment). Les établissements ont été invités à développer le lien entre leur projet immobilier et leur propre politique de RSE (qualité de vie au travail des professionnels, gestion des déchets), les actions visant à réduire l'empreinte environnementale et atténuer les externalités négatives, les actions visant à diminuer l'empreinte carbone du projet (matériaux dé-carbonés, réemploi, bio-sourcés, type d'isolants, menuiseries)... ainsi que les économies d'énergie et les actions de rénovation énergétique et les modifications structurelles en termes

d'exploitation et d'activité par rapport à l'existant. De plus, à partir de mi-2022, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes s'est structurée de façon à bénéficier de l'expertise du Coordinateur régional des CTEES sur les projets d'investissements structurants. Intégré au sein de la direction déléguée Finances, Performance et Investissements, son avis fait partie de l'instruction collégiale pilotée par le référent performance et investissements. Une fiche-réflexe « Développement durable » a été produite au printemps 2023 de façon à outiller les établissements dans leur réflexion immobilière en vue d'obtenir des éléments plus concrets et plus poussés dans les rapports sociaux-économiques transmis.

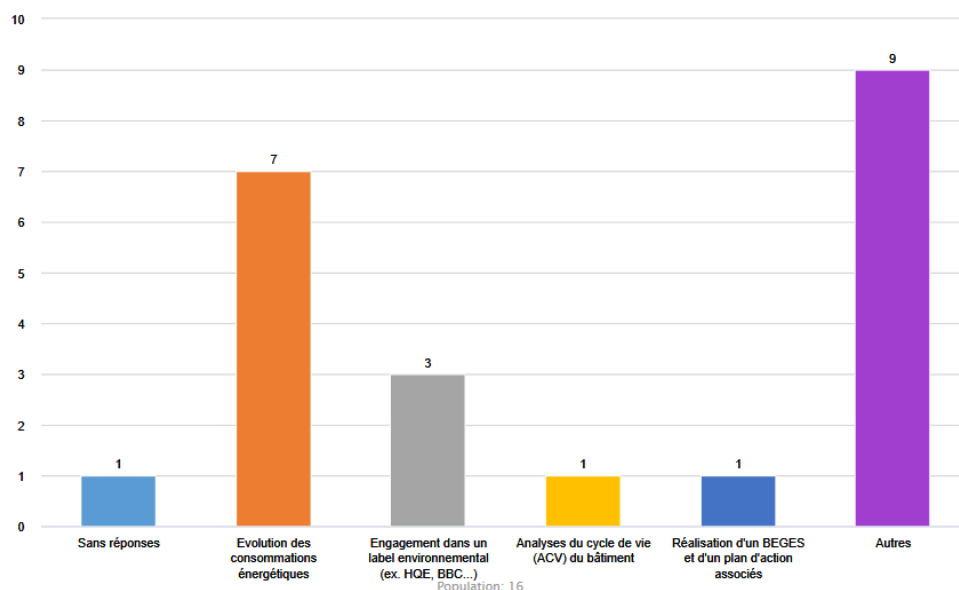
[63] Trois ARS (Occitanie, Bretagne, Ile de France) développent un guide d'analyse de la dimension développement durable des projets immobiliers dans la continuité des travaux menés par le Conseil Scientifique de l'Investissement en Santé (CSIS), ayant abouti à l'automne 2022 à la diffusion d'un référentiel national. Cet outil 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 au niveau de l'ARS. Il a vocation à être utilisé comme check-list ou (auto) évaluation sur l'ensemble des dimensions relatives au développement durable et permet d'aboutir à une vision graphique de cette évaluation (schéma en « radar »). La grille permettra d'établir une photographie « avant » et « après » le projet. L'ARS Bretagne prévoit de diffuser cet outil auprès des directions hospitalières et de rendre son renseignement obligatoire aux différentes étapes des projets immobiliers.

6.2.3 Les objectifs de réduction énergétique ou de décarbonation ne sont pas généralisés

[64] Toutes les ARS indiquent suivre des indicateurs environnementaux dans le cadre de l'instruction des dossiers, avec les items représentés dans le graphique ci-dessus.

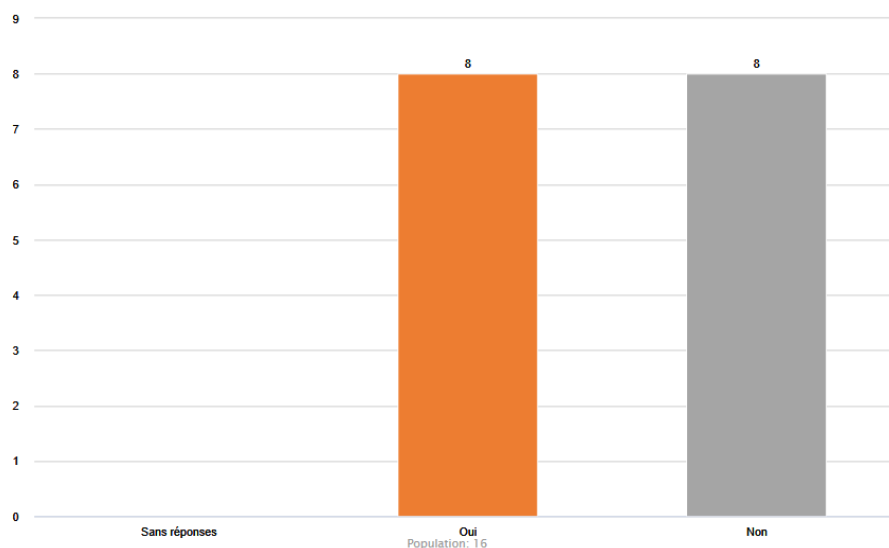
[65] L'évolution des consommations énergétiques constitue le premier d'entre eux pour sept agences sur seize répondantes. La réalisation d'un BEGES et son suivi ne constitue une exigence que pour une seule agence (Ile de France), l'ARS Auvergne-Rhône Alpes l'envisageant pour l'avenir.

Graphique 11 : Quels indicateurs avez-vous retenu pour le suivi des projets en matière de développement durable ?



[66] De manière convergente, huit ARS sur seize indiquent fixer des objectifs de réduction des émissions de gaz à effet de serre ou de consommation des énergies.

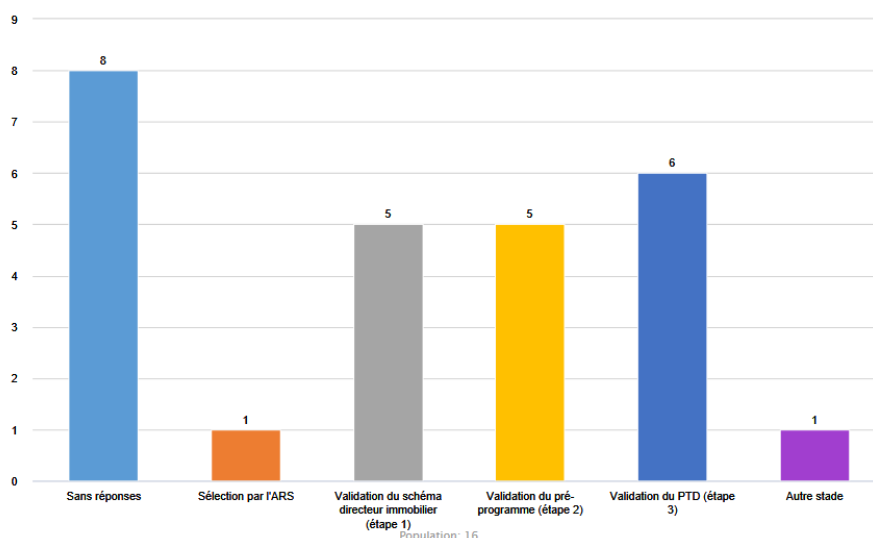
Graphique 12 : Pour les projets intégrant un volet de transition écologique, un objectif de réduction des émissions de gaz à effet de serre ou des consommations d'énergie est-il fixé ?



[67] Lorsqu'un objectif de réduction est fixé, celui-ci semble suivi assez uniformément par les agences aux différents stades d'instruction des dossiers, de la validation du schéma directeur immobilier (étape 1) à la validation finale du PTD (étape 3).

[68] Les réductions énergétiques n'ont pas en revanche été contractualisées dans le cadre du volet désendettement du Ségur (aucune des ARS répondantes).

Graphique 13 : A quel stade d'instruction du projet cet objectif est-il fixé (plusieurs réponses possibles) ?



6.2.4 Deux ARS ont adopté un dispositif de bonification des financements pour les projets médico-sociaux présentant une forte dimension environnementale ou énergétique

[69] Les ARS Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire ont mobilisé des ressources complémentaires pour les projets à forte valeur environnementale. Il s'agit d'un complément pour les établissements médico-sociaux dans le cadre du PAI pouvant représenter jusqu'à 5 % de la dépense subventionnable (Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire). Des précisions relatives aux critères et aux montants ont été transmises par ces deux agences et sont présentées dans le corps du rapport.

ANNEXE 3 : La transition énergétique des bâtiments tertiaire

ANNEXE 3 :	LA TRANSITION ENERGETIQUE DES BATIMENTS TERTIAIRE	62
1	REPRESENTANT 44 % DE L'ENERGIE CONSOMMEE EN FRANCE, LE BATIMENT CONSTITUE UNE PRIORITE DE LA TRANSITION ENERGETIQUE.....	64
1.1	LES BESOINS EN ENERGIE DES BATIMENTS TERTIAIRES SONT MAJORITAIREMENT CONSTITUES DU CHAUFFAGE	64
1.2	LES SOURCES D'ENERGIE NE PRODUISENT PAS LA MEME QUANTITE DE GAZ A EFFET DE SERRE	65
1.3	LE DEVELOPPEMENT DES SOURCES D'ENERGIE RENOUVELABLES EST ENCOURAGE	66
1.4	LA TRANSITION ENERGETIQUE DES BATIMENTS CONSTITUE UN ENJEU MAJEUR.....	66
2	LA REGLEMENTATION FIXE DES OBJECTIFS AMBITIEUX DE REDUCTION DES CONSOMMATIONS ENERGETIQUES.....	67
2.1	DES OBJECTIFS DE SOBRIETE ET D'OPTIMISATION DES USAGES SONT FIXES POUR LES BATIMENTS TERTIAIRES EN EXPLOITATION	68
2.1.1	<i>Le décret tertiaire fixe une trajectoire de réduction des consommations d'énergie de 40 % en 2030, de 50 % e 2040 et de 60 % en 2050.....</i>	68
2.1.2	<i>Les bâtiments doivent se doter d'un dispositif de mesure, d'enregistrement et d'analyse de leurs données de consommation énergétique.....</i>	70
2.1.3	<i>La réalisation de diagnostic de performance énergétique et d'audit énergétique est obligatoire</i>	71
2.1.4	<i>La mise en place volontaire d'un système de management de l'énergie selon la norme ISO 50001 peut exempter d'audit énergétique réglementaire.....</i>	71
2.2	LES BATIMENTS TERTIAIRES DOIVENT PROGRESSIVEMENT DECARBONER LEURS SYSTEMES DE PRODUCTION D'ENERGIE ET DEVELOPPER LES ENERGIES RENOUVELABLES POUR GAGNER EN AUTONOMIE ENERGETIQUE.....	72
2.2.1	<i>L'installation de chaudières à charbon ou au fioul est interdite</i>	72
2.2.2	<i>Les ombrières des parkings doivent être équipés de procédés de production d'énergies renouvelables.....</i>	73
2.3	DES NORMES D'EFFICACITE ENERGETIQUE DES BATIMENTS SONT FIXEES POUR LES TRAVAUX DE RENOVATION ET CONSTRUCTION NEUVE	74
2.3.1	<i>La loi zéro artificialisation nette (ZAN) incite à privilégier l'optimisation des surfaces foncières déjà utilisées.....</i>	74
2.3.2	<i>Les constructions neuves devront courant 2024 répondre aux objectifs de la réglementation environnementale (RE 2020)</i>	74
2.3.3	<i>Les projets de rénovation doivent viser au minimum une baisse de 30 % de la demande en énergie primaire.....</i>	76
2.3.4	<i>Les constructions et les rénovations lourdes doivent prévoir l'utilisation d'au moins 25 % de matériaux biosourcés ou bas carbone</i>	76
2.3.5	<i>Différents labels de construction ou de rénovation viennent attester de la conformité réglementaire du bâtiment ou fixer des objectifs environnementaux plus élevés que la réglementation</i>	76
2.4	LA DIRECTIVE SUR L'EFFICACITE ENERGETIQUE CONFIE UN ROLE D'EXEMPLARITE AU SECTEUR PUBLIC ..	78

2.5	LA DIRECTIVE SUR LA PERFORMANCE ENERGETIQUE DES BATIMENTS EN COURS D'ADOPTION FIXE DES OBJECTIFS ELEVES, NOTAMMENT POUR LES BATIMENTS PUBLICS.....	79
3	PLUSIEURS PROGRAMMES DE RENOVATION ENERGETIQUE DES BATIMENTS DE L'ETAT ET DES COLLECTIVITES ONT ETE LANCES DEPUIS 2021 POUR REpondre AUX OBLIGATIONS DU DECRET TERTIAIRE	80
3.1	LE PROGRAMME DE RENOVATION ENERGETIQUE DES BATIMENTS DE L'ETAT FAIT L'OBJET D'UN PILOTAGE REGIONAL ET NATIONAL	80
3.1.1	<i>Les programmes lancés dans le cadre de France Relance ont permis de réduire de 5 % la consommation énergétique de l'immobilier de l'Etat</i>	<i>80</i>
3.1.2	<i>La réduction de l'empreinte environnementale des bâtiments de l'Etat doit désormais s'inscrire dans une stratégie environnementale intégrée dans les schémas directeurs immobiliers régionaux et des établissements</i>	<i>82</i>
3.2	LA RENOVATION DES BATIMENTS DES COLLECTIVITES TERRITORIALES RELEVE DU FOND VERT	83
3.2.1	<i>Une large majorité des projets de rénovation énergétique du parc de bâtiments existants du bloc communal et des départements financés dans le cadre de France Relance ont atteint 30 % d'économie d'énergie</i>	<i>83</i>
3.2.2	<i>La rénovation énergétique des bâtiments des collectivités relève dorénavant d'un fonds vert</i>	<i>85</i>
3.2.3	<i>Le plan de rénovation des écoles ambitionne de rénover 90 % des écoles en portant le fonds vert à 2,5 Mds€ par an</i>	<i>86</i>

1 Représentant 44 % de l'énergie consommée en France, le bâtiment constitue une priorité de la transition énergétique

1.1 Les besoins en énergie des bâtiments tertiaires sont majoritairement constitués du chauffage

[1] Les besoins auxquels l'énergie permet de répondre dans un bâtiment sont généralement :

- Le chauffage ;
- La ventilation ;
- La climatisation⁹ ;
- La production d'eau chaude sanitaire (ECS) ;
- L'éclairage ;
- Les différents usages hébergés : postes de travail, matériels et équipements lourds...

Schéma 1 : Les postes de consommation des bâtiments au sens de la RE 2020



Source : CEREMA

[2] Au sein d'un bâtiment, les équipements de production transforment une source d'énergie (ex. gaz, fioul, électricité...) en chaleur ou en froid. Les échangeurs avec les réseaux urbains récupèrent directement la chaleur ou le froid du réseau pour les transférer vers leur propre système. La chaleur ou le froid produits sont acheminés vers des terminaux qui peuvent être de deux types :

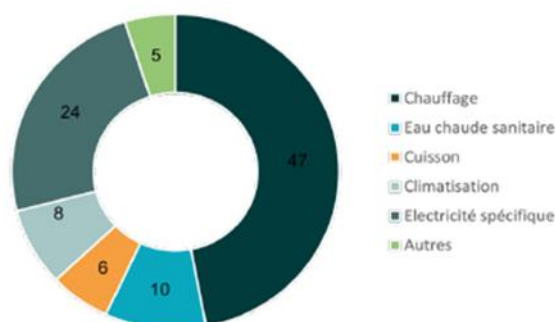
- les terminaux de traitement d'air, souvent des centrales de traitement d'air (CTA), qui assurent la ventilation du bâtiment ;
- les terminaux de confort (ex. radiateurs ajustent la température intérieure).

⁹ Le chauffage, la ventilation et la climatisation sont parfois regroupées sous l'appellation CVC

[3] En revanche, les usages spécifiques à l'intérieur du bâtiment ainsi que l'éclairage sont des postes alimentés directement par l'électricité.

[4] **Dans les bâtiments tertiaires, le chauffage est le poste le plus consommateur. Il représente près de la moitié des consommations énergétiques.** Les usages spécifiques représentent près du quart des consommations. La climatisation et l'eau chaude sanitaire constituent également des postes importants.

Schéma 2 : Répartition des consommations d'énergie dans les bâtiments tertiaires



Source : CEREN, 2017

1.2 Les sources d'énergie ne produisent pas la même quantité de gaz à effet de serre

[5] **Les bâtiments sont ainsi approvisionnés par une combinaison de différentes sources d'énergie qui ne produisent pas la même quantité gaz à effet de serre.** Des facteurs d'émission sont ainsi définis pour comparer le potentiel d'émission de gaz à effet de serre entre les types d'énergie. A titre d'exemple, l'équivalent d'1 kWh de fioul émet plus de 5 fois plus de gaz à effet de serre que si cette énergie avait été issue de l'électricité.

Tableau 1 : Facteurs d'émission des sources d'énergie

Type d'énergie	Facteur d'émission (en kgCO ₂ /kWh _{ef})
Electricité	0,064
Gaz méthane	0,227
Gaz butane	0,272
Gaz propane	0,272
Charbon	0,385
Fioul	0,324
Biomasse	Env. 0,03

Source : ADEME (2022)

[6] Les réseaux de chaleur et de froid urbains ont chacun leur propre facteur d'émission. Ils peuvent permettre de mobiliser les énergies renouvelables en ville et être utilisés pour exploiter des énergies de récupération telles que la chaleur fatale des eaux usées ou des usines d'incinération.

1.3 Le développement des sources d'énergie renouvelables est encouragé

[7] La réglementation française incite donc à l'abandon des sources énergétiques les plus carbonées, notamment le charbon et le fioul, et à développer les sources d'énergie renouvelables.

[8] L'utilisation d'énergie renouvelables peut s'effectuer soit à l'échelle urbaine, soit à l'échelle du bâtiment (autoconsommation). Dans le second cas, il s'agit de couvrir par une production locale tout ou une partie de sa consommation d'électricité.

[9] Les réseaux urbains de chaleur et de froid reposant sur des énergies renouvelables peuvent être une solution pour décarboner les consommations énergétiques du bâtiment.

[10] A l'échelle d'un bâtiment, la production d'énergie renouvelable peut passer par l'installation de panneaux photovoltaïques ou la géothermie. Celle-ci utilise le fait que la température du sol reste relativement constante, été comme hiver pour refroidir ou chauffer le bâtiment. La géothermie de surface, qui exploite l'énergie située dans les 200 premiers mètres du sous-sol, est disponible sur 90 % du territoire (à l'exception par exemple du bassin parisien).

1.4 La transition énergétique des bâtiments constitue un enjeu majeur

[11] Selon le ministère chargé de l'écologie, le secteur du bâtiment représente 44 % de l'énergie consommée en France. Il s'agit donc d'un gisement important d'économies d'énergie. La transition énergétique des bâtiments suppose d'agir sur quatre niveaux :

- La décarbonation des sources d'énergie ;
- La sobriété et l'optimisation des usages ;
- La performance énergétique des équipements utilisés ;
- L'efficacité énergétique du bâtiment.

Energie primaire, énergie finale, énergie utile

L'énergie primaire représente l'énergie brute, disponible avant toute transformation.

L'énergie finale représente l'énergie livrée à l'utilisateur (après sa transformation et son transport).

L'énergie utile représente l'énergie restituée à l'utilisateur. Elle dépend de l'efficacité du système énergétique

Dans la réglementation, les deux termes les plus utilisés sont l'énergie primaire et l'énergie finale. Un coefficient de conversion permet de traduire l'énergie finale facturée en énergie primaire. Le coefficient de conversion est fixé à 1 pour toutes les sources énergétiques à l'exception de l'électricité dont le transport entraîne des pertes de ligne. Conventionnellement, ce coefficient est de 2,3 en France pour l'électricité.

[12] Les programmes visant à diminuer les consommations d'énergie utilisent souvent les indicateurs de pilotage suivants :

- La performance énergétique projetée ou le gain énergétique, total ou par usage, en énergie primaire (kWhEP/m²) ;
- La performance énergétique projetée ou le gain énergétique, total ou par usage, en énergie final (kWhEF/m²) ;
- Part de bâtiments labellisés ou certifiés,
- Part des opérations plus ambitieuses que la réglementation sur le volet énergétique (% des opérations ou % de réduction par rapport aux seuils réglementaires) ;
- Part des opérations livrées avec une unité de production d'énergie renouvelable.

2 La réglementation fixe des objectifs ambitieux de réduction des consommations énergétiques

[13] Cette partie synthétise les principales réglementations et normes applicables aux bâtiments tertiaires, dont font partie les établissements de santé et médico-sociaux.

[14] La réduction des consommations peut être atteinte 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.

[15] Différentes normes obligatoires encadrent ces objectifs.

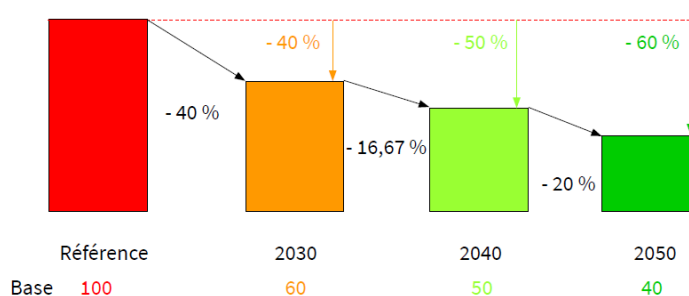
2.1 Des objectifs de sobriété et d'optimisation des usages sont fixés pour les bâtiments tertiaires en exploitation

2.1.1 Le décret tertiaire fixe une trajectoire de réduction des consommations d'énergie de 40 % en 2030, de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050

[16] Le décret n°2019-771 du 23 juillet 2019, dit « décret tertiaire », pris en application la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite loi Elan, définit les objectifs de performance énergétique pour tout bâtiment hébergeant exclusivement des activités tertiaires, publics et privés, supérieurs à 1 000 m² de surface de plancher (SDP).

[17] Conformément à l'arrêté du 10 avril 2020, dit arrêté de méthode, **les consommations énergétiques finales (kWhEF/m²) des bâtiments assujettis devront diminuer de 40 % en 2030, de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050 par rapport à une année de consommation de référence entre 2010 et 2019**. L'établissement choisit ainsi comme base de référence l'année qui lui est la plus favorable pour lui selon les données disponibles.

Schéma 3 : Trajectoire de réduction des consommations énergétiques des bâtiments tertiaires fixée dans le décret tertiaire



Source : Etude d'impact décret tertiaire

[18] Pour les bâtiments ayant déjà des ratios de consommation plutôt faible, la réduction de la consommation énergétique est planifiée sur la base d'un seuil de consommation d'énergie finale, déterminé en valeur absolue, dont l'objectif correspond à une valeur de consommation en kWh énergie finale/m²/an à ne pas dépasser.

[19] L'arrêté du 20 février 2024¹⁰, 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.

[20] Le décret fixe par ailleurs les modalités de recueil et de suivi des consommations d'énergie, via la plateforme dédiée, gérée par l'ADEME et baptisée OPERAT (observatoire de la performance énergétique, de la rénovation et des actions du tertiaire) : <https://operat.ademe.fr>. La première

¹⁰ 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

échéance de déclaration des consommations d'énergie et des données de référence a été fixée au 30 septembre 2022. Cette transmission devait comprendre les consommations annuelles 2020 et 2021, ainsi que les données de consommation de référence portant sur les années 2010 à 2019. Les remontées des consommations sont ensuite annuelles.

[21] Les consommations d'énergie finale et les objectifs de consommation doivent être publiés par l'établissement sur la base de l'attestation numérique annuelle générée par la plateforme OPERAT. Cette publication sera complétée par une évaluation de l'émission de gaz à effet de serre correspondant aux données de consommation d'énergie, exprimée en kg de CO2 équivalent par mètre carré.

[22] **Il est possible de moduler les objectifs sous certaines conditions précisées dans l'arrêté du 10 avril 2020. Elles ne sont pas automatiques mais doivent être justifiées par un dossier technique à déposer sur la plateforme OPERAT avant le 30 septembre 2026 pour les objectifs de 2030.** Ces modulations peuvent être de plusieurs natures :

- **La modulation des objectifs pour des contraintes techniques** sur la base d'une note technique élaborée par un bureau d'études qualifié, un architecte ou un référent technique qui peut être interne à la structure ;
- **La modulation des objectifs pour des contraintes architecturales ou patrimoniales** sur la base d'un avis circonstancié. Pour les monuments historiques classés, cet avis peut être établi par un architecte en chef des monuments historiques ;
- **La modulation des objectifs en fonction du volume ou changement d'activité.** Cette modulation est automatiquement réalisée sur la plateforme OPERAT. Pour cela, l'assujetti doit d'abord renseigner sur OPERAT les valeurs des indicateurs d'intensité d'usage relatifs aux activités hébergées. La plateforme modifie ensuite la valeur de la composante de consommation USE (Usages Spécifiques de l'Énergie) pour chacune des activités hébergées et fixe un nouveau niveau de consommation en valeur absolue à atteindre. OPERAT adapte également le niveau de consommation en valeur relative à atteindre ;
- **La modulation liée à des coûts manifestement disproportionnés des actions pour atteindre les objectifs**, par rapport aux avantages attendus en termes de consommations d'énergie finale.

[23] **Pour ce dernier cas de figure, l'action de performance énergétique n'est pas obligatoire si le temps de retour sur investissement de celle-ci est supérieur à l'un des seuils ci-dessous :**

- 30 ans pour les actions de rénovations relatives à l'amélioration de l'efficacité énergétique et environnementale des bâtiments portant sur leur enveloppe (notamment les travaux d'isolation) ;
- 15 ans pour les travaux de renouvellement des équipements énergétiques du bâtiment (notamment les changements de chaudière ;
- 6 ans pour la mise en place de systèmes d'optimisation et d'exploitation des systèmes d'équipements, visant la gestion, la régulation et l'optimisation en exploitation des équipements énergétiques.

[24] Le dossier technique à déposer sur OPERAT comprend notamment une étude énergétique portant sur les actions d'amélioration de la performance énergétique et environnementale du bâtiment, une étude énergétique portant sur les actions visant à réduire les consommations des équipements liés aux usages spécifiques et un programme d'actions permettant d'atteindre à terme l'objectif en valeur relative ou absolue avec identification des responsabilités (propriétaire/preneur à bail).

[25] Des contrôles et des sanctions sont prévues en cas de non-respect des obligations d'affichage, de publication et de transmission.

2.1.2 Les bâtiments doivent se doter d'un dispositif de mesure, d'enregistrement et d'analyse de leurs données de consommation énergétique

[26] Dans le cadre du décret n° 2020-887 du 20 juillet 2020 (Décret BACS) pour « *building automation and control system* » ou « *systèmes d'automatisation et de contrôle des bâtiments* », modifié en 2023 (article R233-2 du Code de l'énergie), **les bâtiments tertiaires, existants comme neufs, dotés d'un système de climatisation ou de chauffage, combiné ou non avec un système de ventilation, doivent s'équiper d'un système d'automatisation et de contrôle des installations techniques des bâtiments, ainsi que des appareils de mesure, d'enregistrement et d'analyse de leurs données de consommation (ou de production) énergétique, selon l'échéancier ci-dessous.**

Tableau 2 : Bâtiments assujettis à l'obligation de mise en place d'un dispositif de mesure des consommations

	> 290 kW	Entre 70 et 290 kW
Bâtiment tertiaire neuf	21 juillet 2021	7 avril 2024
Bâtiment tertiaire existant	1 ^{er} janvier 2025	1 ^{er} janvier 2027

Source : Ministère de la transition énergétique

[27] Plusieurs solutions techniques, des plus simples comme un automate couplé à des sondes, aux plus complexes comme une gestion Technique Centralisée (GTC), ciblée sur une installation (ex. chauffage, climatisation, éclairage...) ou une gestion technique du bâtiment (GTB) dans son ensemble, permettent de répondre aux objectifs du décret BACS. Le choix de la technologie va définir le retour sur investissement. Or **seuls les projets ayant un retour sur investissement supérieur à 10 ans bénéficient d'une exemption aux obligations du décret.**

[28] La réglementation exige également une inspection périodique obligatoire des systèmes de pilotage tous les 5 ans et dans les 2 ans qui suivent l'installation ou le remplacement d'un système technique relié à la gestion technique des bâtiments (GTB).

[29] Avant la révision du décret en 2023, seuls les bâtiments dont la puissance nominale du système était supérieure à 290 kW étaient concernés. En moyenne, il s'agissait de bâtiments de plus de 2 000 m². La révision a introduit un seuil de puissance nominale complémentaire à 70 kW qui semble se rapprocher du seuil de surface du décret tertiaire (> 1000 m²). En effet, la grande

majorité des 300 000 bâtiments tertiaires français de plus 1 000 m² concernés par le DEET remplissent aussi la condition de puissance nominale de 70 kW. **Ainsi, satisfaire les obligations du décret BACS joue un rôle important pour atteindre les objectifs fixés par le Décret Tertiaire.**

[30] Une bonification au dispositif d'aide certificat d'économie d'énergie (CEE) est instaurée pour l'installation ou l'amélioration d'un système de gestion technique de bâtiment pour un usage chauffage et, le cas échéant, eau chaude sanitaire, refroidissement/climatisation, éclairage et auxiliaires (cf. annexe 5).

2.1.3 La réalisation de diagnostic de performance énergétique et d'audit énergétique est obligatoire

[31] Selon le décret n° 2013-695 du 30 juillet 2013 relatif à la réalisation et à l'affichage du diagnostic de performance énergétique dans les bâtiments accueillant des établissements recevant du public de la 1^{re} à la 4^e catégorie, **les établissements recevant du public d'une surface supérieure à 250m² doivent faire l'objet d'un diagnostic de performance énergétique tous les 10 ans.** Ce diagnostic est affiché pendant toute sa durée de validité de manière visible à proximité de l'entrée principale ou du point d'accueil.

[32] En outre, en application de l'article R233-2 du code de l'énergie, **tous les établissements privés immatriculés au registre du commerce et les établissements de plus de 250 salariés ou ayant un chiffre d'affaires supérieur à 50 M€ et un bilan supérieur à 43 M€ doivent soit mener tous les 4 ans un audit énergétique** réalisé par un bureau d'études techniques agréé suivant les exigences des normes NF EN 16247 et couvrant au moins 80 % des factures énergétiques, soit être certifiés ISO 50 001 sur au moins 80 % des factures énergétiques.

[33] Ce diagnostic doit être suivi d'un plan d'action pour améliorer l'efficacité énergétique des bâtiments. **Les résultats des audits doivent être déposés sur la plateforme de l'ADEME :** <https://audit-energie.ademe.fr/>.

2.1.4 La mise en place volontaire d'un système de management de l'énergie selon la norme ISO 50001 peut exempter d'audit énergétique réglementaire

[34] La norme ISO 50001 « Système de management de l'énergie » est une norme volontaire internationale mise au point par une cinquantaine de pays membres de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) en 2011. Elle propose des lignes directrices pour déployer un système de management de l'énergie dans une entreprise ou dans toute autre organisation, dans le but de faire des économies et de limiter les émissions de gaz à effet de serre et de polluants liées à la combustion d'énergie. Elle porte quatre objectifs :

- Aider à bâtir un plan de mesurage des consommations et des indicateurs de suivi pertinents ;
- Démontrer l'amélioration continue de la performance énergétique ;
- fiabiliser les économies d'énergie envisagées et explique comment les vérifier ;

- Etre exempté d’audit réglementaire.

[35] Selon une enquête de l’AFNOR en 2019¹¹, cette démarche permet à l’entreprise qui la mène de s’équiper plus et mieux en moyens de mesure de la performance énergétique : le taux d’équipement des répondants en compteurs divisionnaires atteint 84 %, celui en GTC (gestion technique centralisée) dépasse 50 %, celui en GTB (gestion technique du bâtiment).

[36] **Le temps de retour moyen sur investissement des actions liées à système de management de l’énergie est estimé à moins de deux ans et 54 % des répondants estiment que les économies réalisées sont en phase ou supérieures aux estimations initiales.**

2.2 Les bâtiments tertiaires doivent progressivement décarboner leurs systèmes de production d’énergie et développer les énergies renouvelables pour gagner en autonomie énergétique

2.2.1 L’installation de chaudières à charbon ou au fioul est interdite

[37] **Depuis le 1^{er} juillet 2022, en application de l’article R171-13 du Code de la construction et de l’habitation, les équipements neufs installés pour le chauffage ou la production d’eau chaude sanitaire dans les bâtiments d’habitation ou à usage professionnel, neufs ou existants, devront respecter un plafond d’émissions de gaz à effet de serre de 300 gCO₂eq/KWh PCI. Ce plafond conduit à exclure l’installation d’équipements neufs fonctionnant au charbon ou au fioul.**

[38] Pourront ainsi continuer à être installés dans les bâtiments les nouveaux équipements utilisant les réseaux de chaleur, ceux alimentés par de l’électricité tels que les pompes à chaleur, y compris hybrides, de la biomasse, de l’énergie solaire ou géothermique, du gaz, ou encore des équipements alimentés avec un biocombustible liquide (tels que le biofioul) dès lors qu’ils respecteront le plafond d’émission de 300 gCO₂eq/KWh PCI.

[39] Des dérogations au seuil de 300 gCO₂eq/KWh PCI sont prévues pour les nouveaux équipements de chauffage et de production d’eau chaude sanitaire :

- en cas de non-conformité des travaux à effectuer à des servitudes ou aux dispositions législatives ou réglementaires relatives au droit des sols ou au droit de propriété ;
- lorsque ni réseau de chaleur, ni réseau de gaz naturel ne sont présents, et qu’aucun équipement compatible avec le seuil ne peut être installé sans travaux de renforcement du réseau local de distribution publique d’électricité.

[40] **Il convient également de préciser que, dans le cadre de la circulaire du 25 février 2020 portant engagements pour des services publics éco-responsables, l’Etat s’est engagé à supprimer intégralement les chaudières au fioul dans son parc immobilier d’ici 2029 hors ministères de l’intérieur et des armées qui disposeront d’un délai supplémentaire compte tenu de la spécificité**

¹¹ Afnor Energie - Les pratiques de management de l’énergie d’organismes certifiés ISO 50001 -octobre 2019 3^{ème} édition

de leur parc immobilier. **Cette circulaire précise que les établissements de santé et médico-sociaux sont invités à mettre en œuvre ces mesures sur une base volontaire.**

2.2.2 Les ombrières des parkings doivent être équipés de procédés de production d'énergies renouvelables

[41] L'article L. 111-19-1 du code de l'urbanisme applicable à compter du 1er juillet 2023 prévoit que les parcs de stationnement extérieurs de plus de 500m² et les nouveaux parcs extérieurs ouverts au public intègrent, sauf incompatibilités techniques, sécuritaires, architecturales, patrimoniales, ou conditions économiques inacceptables :

- des revêtements de surface, des aménagements hydrauliques ou des dispositifs végétalisés favorisant la perméabilité et l'infiltration des eaux pluviales ou leur évaporation sur plus de 50 % de leur surface ;
- des dispositifs végétalisés ou des ombrières sur plus de 50 % de leur surface.

[42] Ces obligations ne s'appliquent pas aux parcs de stationnement qui, en raison de contraintes techniques, de sécurité, architecturales ou patrimoniales, ne permettent pas l'installation des procédés et dispositifs, ou lorsque cette obligation ne peut être satisfaite dans des conditions économiquement acceptables du fait de contraintes techniques

[43] En complément, les obligations d'ombrière de parking sont précisées à l'article 40 de la loi du 10 mars 2023 relative à l'accélération de la production d'énergies renouvelables qui stipule que les parcs de stationnement extérieurs d'une surface supérieure à 1 500 mètres carrés (soit un parking de 80 à 130 places) doivent :

- être équipés d'ombrières intégrant des procédés de production d'énergies renouvelables ;
- Au moins la moitié de la superficie du parking doit être couverte ;
- Les ombrières photovoltaïques doivent fournir de l'ombre tout en produisant de l'énergie solaire.

[44] Cette obligation s'applique aux parkings existants à la date du 1er juillet 2023 et à ceux pour lesquels une demande d'autorisation d'urbanisme a été déposée après le 10 mars 2023. Elle s'appliquera :

- Pour les parcs de stationnement qui ne sont pas gérés en concession ou en délégation de service public le 1^{er} juillet 2026 si la superficie est égale ou supérieure à 10 000 m² et 1^{er} juillet 2028 si la superficie est comprise entre 1 500 et 10 000 m² ;
- Pour les parcs de stationnement gérés en concession ou en délégation de service public, lors du renouvellement ou d'un nouveau contrat conclu et au plus tard le 1^{er} juillet 2028.

2.3 Des normes d'efficacité énergétique des bâtiments sont fixées pour les travaux de rénovation et construction neuve

2.3.1 La loi zéro artificialisation nette (ZAN) incite à privilégier l'optimisation des surfaces foncières déjà utilisées

[45] **La loi Climat et résilience adoptée en août 2021, modifiée par la loi du 20 juillet 2023 visant à faciliter la mise en œuvre des objectifs de lutte contre l'artificialisation des sols et à renforcer l'accompagnement des élus locaux, fixe l'objectif d'atteindre le "zéro artificialisation nette des sols" en 2050.** Un objectif intermédiaire fixe cette réduction à la moitié de la consommation d'espaces naturels, agricoles et forestiers dans les dix prochaines années (2021-2031) par rapport à la décennie précédente (2011-2021), soit un potentiel d'artificialisation de 125 000 hectares d'ici 2031.

[46] L'artificialisation étant comprise comme une occupation non naturelle (bâtiment, route, équipement public, locaux d'activité, ...), liée à l'intervention de l'homme, altérant de manière plus ou moins définitive, le caractère agricole, naturel ou forestier de l'espace concerné.

[47] **La trajectoire progressive vers l'absence d'artificialisation nette d'ici 2050 est à décliner dans les documents de planification et d'urbanisme. Les régions doivent ainsi avant le 22 novembre 2024, par le biais de leur document de planification (SRADDET, SAR, SDRIF, PADDUC), territorialiser cet objectif de – 50 % d'ici 2031,** en répartissant et en adaptant l'effort de réduction entre les différentes zones de son périmètre régional. Les documents de planification à l'échelle du bloc communal doivent être mis en compatibilité avant le 22 février 2027 pour les SCoT, avant le 22 février 2028 pour les PLU et les cartes communales.

[48] La trajectoire doit être conciliée avec l'objectif de soutien de la construction durable, en particulier dans les territoires où l'offre de logements et de surfaces économiques est insuffisante au regard de la demande.

[49] Dans l'enveloppe de 125 000 hectares d'ici 2031, un forfait national de 12 500 hectares est réservé pour les projets d'envergure nationale ou européenne (projets industriels d'intérêt majeur, construction de lignes à grande vitesse, de prisons, futurs réacteurs nucléaires ...) pour l'ensemble du pays.

2.3.2 Les constructions neuves devront courant 2024 répondre aux objectifs de la réglementation environnementale (RE 2020)

[50] La réglementation environnementale mise en place en 2020 (RE 2020), en remplacement de la réglementation thermique (RT 2012), qui poussait à réduire les consommations énergétiques des bâtiments, a pour objectif de prévoir des projets de construction garantissant :

- la 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 modes constructions peu énergivores (ou stockant le carbone) et privilégiant les énergies les moins carbonées ;

- le renforcement de la performance énergétique des constructions (amélioration d'environ 30 % de la performance du bâti) ;
- l'adaptation aux conditions climatiques futures en améliorant la conception des bâtiments pour affronter les aléas climatiques (moins d'inconfort en période caniculaire) ;
- l'amélioration de la qualité de l'air intérieur ;
- l'utilisation de produits et matériaux issus du réemploi.

Les six indicateurs de la RE 2020

Trois indicateurs « Énergie » :

- **Bbio (Besoin Bio-climatique)** : indicateur de la sobriété énergétique du bâtiment, il prend en compte les besoins de chauffage, de refroidissement et d'éclairage. Il traduit la conception et la performance de l'enveloppe d'un bâtiment indépendamment des systèmes énergétiques.
- **Cep (Consommation Energie Primaire)** : indicateur de l'efficacité des systèmes énergétiques correspondant à la consommation en énergie primaire. Le Cep part du Bbio et intègre les consommations liées aux équipements (chauffage, ventilation, eau chaude...).
- **Cep,nr (Consommation énergie primaire non renouvelable)** : indicateur de l'efficacité des systèmes énergétiques lié à la consommation d'énergies non-renouvelables.

Un indicateur « Confort d'été » :

- **DH, Degré Heure** : indicateur du confort d'été. Il évalue l'inconfort ressenti par les occupants pendant les périodes chaudes. 1 DH = dépassement de la température de confort de 1 degré pendant 1 heure.

Deux indicateurs « Carbone » :

- **Ic énergie** : indicateur sur les émissions de CO₂ associées aux consommations d'énergies primaires. Il dépend de la quantité d'énergie nécessaire (Bbio et Cep), mais aussi du type d'énergie (bois, gaz, électricité, ...)
- **Ic construction** : indicateur sur les émissions de CO₂ liées aux composants du bâtiment et au chantier. Il est calculé depuis une ACV (Analyse du Cycle de Vie) du bâtiment.

[51] Pour respecter la RE 2020, les valeurs de ces indicateurs devront être inférieures à la valeur maximale fixée pour chacun d'entre eux.

[52] Ces valeurs maximales ne sont pas encore définies pour les activités tertiaires spécifiques dont les établissements de santé et médico-sociaux. En conséquence, les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux ne sont pas encore concernés pour l'heure par cette réglementation.

[53] Toutefois, selon le ministère chargé de l'écologie, les valeurs pour les établissements sanitaires et médico-sociaux devraient être définies courant 2024. Cette réglementation est donc à intégrer dès maintenant dans les réflexions sur les projets de construction neuve.

2.3.3 Les projets de rénovation doivent viser au minimum une baisse de 30 % de la demande en énergie primaire

[54] **La réglementation thermique (RT) encadre l'obtention d'une performance énergétique minimale des bâtiments résidentiels ou tertiaires. Elle s'applique aux bâtiments achevés après le 1^{er} janvier 1948 et d'une surface supérieure à 1000 m².**

[55] Les projets de rénovation sont soumis, en fonction de leur importance, soit à la RT Globale, soit à la RT élément par élément.

[56] **La RT globale fixe trois exigences :**

- réduire les besoins en énergie en atteignant un Bbio satisfaisant ;
- réduire la consommation d'énergies primaires (Cep). Pour le tertiaire cette baisse doit être de 30 % ;
- obtenir un bon TIC (température intérieure conventionnelle).

[57] **Elle prévoit qu'un diagnostic soit réalisé en amont** pour évaluer l'état initial du bâtiment, prioriser **les zones de déperdition importantes d'énergie et déterminer l'économie d'énergie engendré par les travaux.**

[58] La RT élément par éléments vise le remplacement d'équipements ayant un impact sur la performance énergétique du bâtiment, avec des seuils imposés au cas par cas dans l'arrêté du 3 mai 2007.

2.3.4 Les constructions et les rénovations lourdes doivent prévoir l'utilisation d'au moins 25 % de matériaux biosourcés ou bas carbone

[59] **L'article L228-4 du code de l'environnement prévoit que, dans le cadre de constructions relevant de la commande publique et de rénovations lourdes touchant à la structure, au moins 25 % des matériaux utilisés doivent être biosourcés ou bas carbone** (c'est-à-dire issus de matières organiques renouvelables, d'origine végétale ou animale).

2.3.5 Différents labels de construction ou de rénovation viennent attester de la conformité réglementaire du bâtiment ou fixer des objectifs environnementaux plus élevés que la réglementation

2.3.5.1 Les labels d'Etat attestent de la conformité réglementaire

Le label « bâtiment basse consommation (BBC) »

[60] Ce label d'Etat est né en 2007 suite au Grenelle de l'environnement.

[61] **Pour bénéficier du label BBC, la consommation énergétique du bâtiment neuf ne doit pas dépasser 50 kWh d'énergie primaire par mètre carré et par an pour les cinq postes de**

consommation réglementaires suivants : le chauffage, l'eau chaude sanitaire, le refroidissement, la ventilation, l'éclairage.

[62] Cette norme peut aussi s'appliquer à la rénovation et le label peut être obtenu si le bâtiment ne dépasse pas, après travaux, 60 % de la consommation primaire de référence avant travaux (soit une baisse des consommations de 40 %).

[63] La norme BBC est un label aujourd'hui obligatoire pour toutes les nouvelles constructions, même si elle est progressivement remplacée par la RE2020.

Le label expérimental E+C-

Le label expérimental E+C- a été lancé en 2016 en vue de l'application de la RE2020. Il vise à valoriser les bâtiments à haute performance énergétique et dont les émissions de gaz à effet de serre sont faibles, et ce sur l'ensemble de leur cycle de vie.

[64] Le label E+C- attribue aux bâtiments deux niveaux :

- Le premier compris entre 1 et 4 pour la performance énergétique. Il repose sur le bilan BEPOS (Bâtiment à Energie POSitive) pour valoriser la limitation des consommations et la production d'énergie renouvelable. Le niveau 4 est attribué aux bâtiments à énergie positive (i.e. dont la consommation énergétique est entièrement couverte par des énergies renouvelables) ;
- Le second compris entre 1 et 2 pour la réduction des émissions de carbone. Il repose sur l'analyse du cycle de vie du bâtiment et de l'impact des éléments et produits qui le composent. Il fixe deux niveaux d'exigence pour la performance environnementale : C1, qui est peu exigeant et C2, qui exige que le bâtiment soit « très performant ».

Le label Bâtiment Biosourcé

[65] Le label bâtiment biosourcé est destiné aux constructeurs qui souhaitent faire reconnaître leurs constructions comme utilisant des matières biosourcées, d'origine animale ou végétale.

[66] Par ailleurs, le label bâtiment biosourcé favorise l'usage des ressources de proximité et renforce l'économie locale en dynamisant ses entreprises. C'est donc un gage de ce que le bâtiment a été construit en contribuant au développement de l'économie locale.

2.3.5.2 Des labels privés peuvent être mobilisés pour attester des ambitions environnementales d'un projet

[67] Cette section présente quelques exemples de labels intervenant dans le champ du bâtiment durable. Elle n'est pas exhaustive.

Le label Maison passive ou « Passivhaus »

[68] Le label maison passive est une certification volontaire délivrée aux bâtiments qui répondent à des normes très strictes en matière d'efficacité énergétique. Il a été développé par l'Institut Passivhaus en Allemagne et est maintenant utilisé dans le monde entier. Pour être labellisé, il faut notamment :

- une consommation énergétique totale inférieure à 120 kWh/m² par an,
- réussir un test de pressurisation de l'air.

Le label haute qualité environnementale (HQE)

[69] Le label HQE vise à améliorer la haute qualité environnementale des bâtiments neufs ou existants et à optimiser leur impact sur l'environnement durant tout leur cycle de vie. Pour être labellisé, il faut notamment :

- Mettre en place un système de management environnemental de l'opération (SME) ; le maître d'ouvrage fixe ses objectifs et précise les rôles des différents acteurs du chantier ;
- Définir 14 cibles qui permettent de structurer la réponse technique, architecturale et économique faite au maître d'ouvrage ; elle se décline autour de 4 thèmes : écoconstruction, éco-gestion, confort et santé ;
- Définir des indicateurs de performance. Pour obtenir la certification HQE, le bâtiment doit atteindre au minimum 3 cibles au niveau très performant, 4 cibles au niveau performant minimum et au maximum 7 cibles au niveau basique.

Le label « bâtiment bas carbone (BBCA) »

[70] Le **label Bâtiment Bas Carbone (BBCA)** est un label privé qui permet d'attester qu'une construction est exemplaire en matière d'empreinte carbone. Il a pour objectif de diviser par deux les émissions de CO₂ sur l'ensemble du cycle de vie du bâtiment neuf, dans sa construction comme en exploitation (énergies renouvelables et / ou faiblement carbonées) jusque sa démolition. Il se décline en 3 niveaux de performance : standard, performance et excellence.

2.4 La directive sur l'efficacité énergétique confie un rôle d'exemplarité au secteur public

[71] La nouvelle directive relative à l'efficacité énergétique (directive (UE) 2023/1791), en vigueur depuis le 10 octobre 2023, introduit l'obligation pour le secteur public de jouer un rôle exemplaire en matière d'efficacité énergétique.

[72] **Les Etats membres devront ainsi veiller à ce que la consommation d'énergie de tous les organismes publics¹² cumulés soit réduite de 1,9 % chaque année, par rapport à 2021.** Les transports publics et les forces armées pourront toutefois être dispensés de cette obligation, laquelle deviendra contraignante à l'issue d'une période transitoire de quatre ans. L'ensemble des bâtiments publics, incluant ceux des collectivités territoriales, sera concerné.

[73] **Les Etats membres devront également garantir la rénovation d'au moins 3 % de la surface chauffée ou refroidie des bâtiments publics d'une surface au sol utile totale de plus de 250m², afin de les transformer au moins en bâtiments dont la consommation d'énergie est quasi-nulle**

¹² Au sens de la directive, les organismes publics de l'UE sont constitués des autorités nationales, régionales ou locales ou des entités directement financées et administrées par ces autorités, mais n'ayant pas de caractère industriel ou commercial

(NZEB - Nearly Zero Energy Building) ou en bâtiments à émissions nulles (ZEB), soit l'équivalent du niveau « bâtiment basse consommation » (BBC).

[74] En outre, **les autorités régionales et locales devront mettre en place des mesures spécifiques d'efficacité énergétique dans leurs outils de planification à long terme** (article 5) et élaborer des plans locaux concernant le chauffage et le refroidissement pour les collectivités de plus de 45 000 habitants, afin de fournir une estimation et une cartographie du potentiel d'augmentation de l'efficacité énergétique, y compris par le chauffage urbain à basse température, la cogénération, la récupération de la chaleur fatale et les énergies renouvelables pour le chauffage et le refroidissement (article 23).

[75] Enfin, **les Etats membres devront encourager et garantir le recours à des contrats de performance énergétique (CPE) pour la rénovation de grands bâtiments publics**. De même, pour la rénovation des bâtiments non résidentiels d'une surface au sol utile totale de plus de 750m², les organismes publics seront tenus d'évaluer la faisabilité du recours à des CPE.

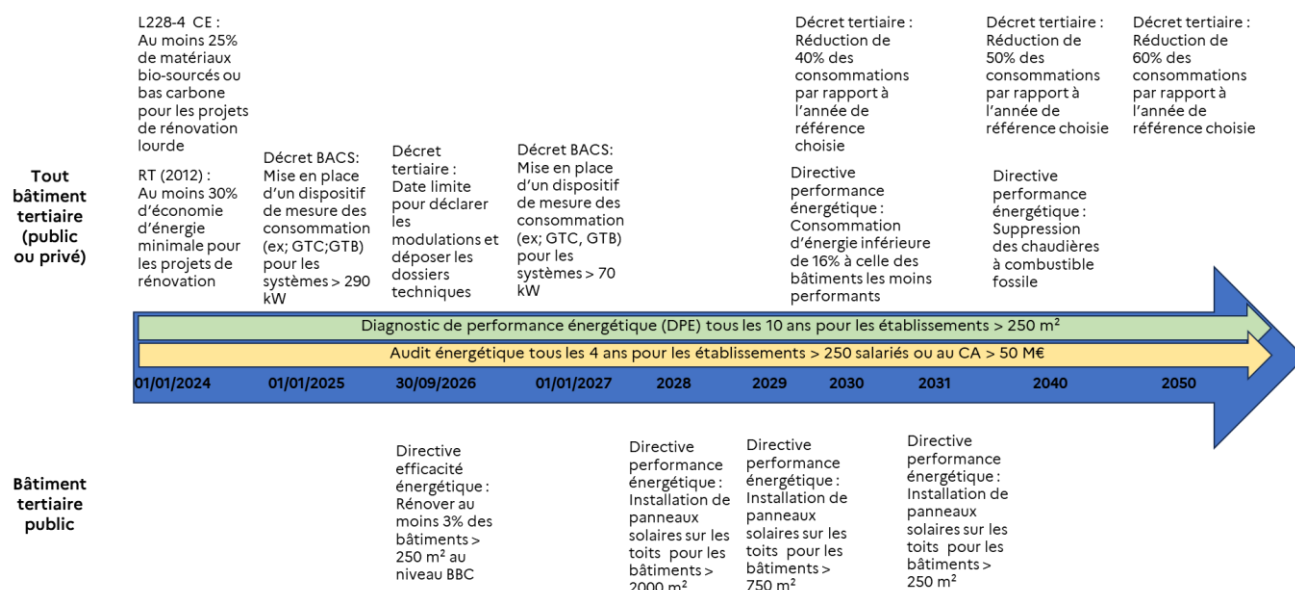
2.5 La directive sur la performance énergétique des bâtiments en cours d'adoption fixe des objectifs élevés, notamment pour les bâtiments publics

[76] Le 7 décembre 2023, le Parlement européen et le Conseil des Etats membres ont trouvé un accord provisoire sur la révision de la directive sur la performance énergétique des bâtiments. **La révision de la directive vise principalement à faire en sorte que, d'ici 2030, tous les bâtiments neufs soient des bâtiments à émissions nulles, et que, d'ici 2050, les bâtiments existants soient transformés en bâtiments à émissions nulles.**

[77] Ce projet prévoit notamment que :

- **tous les bâtiments neufs appartenant à des organismes publics devront être à zéro émission à partir de 2028 et tous les bâtiments neufs à partir de 2030 ;**
- **tous les bâtiments tertiaires devront avoir une consommation d'énergie inférieure à 16 % de celle des bâtiments les moins performants d'ici à 2030 et inférieure à 26 % d'ici 2033, à partir de normes minimales de performance énergétique des bâtiments fixées par les États.**
- **tous les bâtiments publics et non résidentiels devront installer des panneaux solaires sur leurs toits**
 - à partir de 2027 pour les bâtiments neufs dont la surface est supérieure à 250 m² ;
 - à partir de 2028 pour les bâtiments existants d'une surface supérieure à 2000 m², à partir de 2029 pour ceux dont la surface est supérieure à 750 m² et 2031 pour ceux dont la surface est supérieure à 250 m².
- **Les plans nationaux de rénovation des bâtiments devront inclure une feuille de route pour la suppression progressive des chaudières à combustibles fossiles d'ici 2040.**

Schéma 4 : Chronologie de mise en œuvre des principales dispositions juridiques applicables aux bâtiments tertiaires en matière de performance énergétique



Source : Mission

3 Plusieurs programmes de rénovation énergétique des bâtiments de l'Etat et des collectivités ont été lancés depuis 2021 pour répondre aux obligations du décret tertiaire

3.1 Le programme de rénovation énergétique des bâtiments de l'Etat fait l'objet d'un pilotage régional et national

3.1.1 Les programmes lancés dans le cadre de France Relance ont permis de réduire de 5 % la consommation énergétique de l'immobilier de l'Etat

[78] Dans le cadre du plan de relance, un programme de rénovation des bâtiments de l'Etat a été lancé pour notamment répondre aux obligations de réduction de la consommation d'énergie finale en application du décret tertiaire. Deux appels à projets, dotés d'une enveloppe budgétaire sur deux ans (2021-2022) d'un montant de 2,7Mds€ : l'un porte sur les établissements de l'enseignement supérieur et de recherche, doté d'un parc de 18,5M de m², et l'autre sur les autres bâtiments de l'Etat ou de ses établissements publics.

[79] Ces appels à projets visaient à soutenir des investissements significatifs à caractère principalement énergétiques mais pouvaient également embarquer les travaux complémentaires de mises aux normes (accessibilité, sécurité, amiante...). Les projets candidats devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- concerner des bâtiments à conserver dans le schéma pluriannuel de stratégie immobilière et s'inscrire dans une démarche de densification ;

- avoir renseigné le référentiel technique de la direction de l'immobilier de l'Etat, notamment les niveaux actuels de consommation énergétique¹³ ;
- posséder ou s'engager à déployer des moyens de comptage de suivi des dépenses énergétiques et plus généralement d'un système de management de l'énergie ;
- présenter un mauvais niveau de performance énergétique ou afficher un état global dégradé ou de vétusté reconnue.

[80] Les projets finançables pouvaient porter sur :

- **les actions à gains rapides et à faible investissement** présentant un fort retour sur investissement (ex. contrôle et régulation des systèmes de chauffage, modernisation des systèmes d'éclairage...) ;
- **les projets de rénovation énergétique relatifs au gros entretien et renouvellement d'équipement**, notamment en termes d'isolation, d'autonomie énergétique des bâtiments (développement de sources d'énergie renouvelable), de remplacement des équipements de chauffage ou de production d'eau chaude sanitaire au charbon, au fioul ou au gaz, d'améliorer le confort d'été (travaux liés aux dispositifs passifs et de protection du bâtiment à la chaleur) ;
- **les investissements lourds**, visant à regrouper et densifier des services et à diminuer la consommation énergétique du parc concerné. Les opérations partielles ou totales de démolition/construction devaient rester exceptionnelles et faire l'objet d'un dossier plus complet visant à démontrer la pertinence de cette solution.

[81] En sus des critères classiques pour ce type d'investissement (soutenabilité du projet, capacité du maître d'ouvrage à piloter le projet), un critère de performance environnementale du projet a été introduit et décomposé en trois sous-critères :

- **Le gain énergétique du projet** : ce gain est calculé comme l'écart entre la consommation estimée après travaux et la consommation actuelle. Il est affiché en KWh_{ef}/m²/an et €/m²/an avec la réduction correspondante des émissions de gaz à effet de serre (teqCO₂/an). Les opérations menées doivent contribuer à l'atteinte des objectifs de réduction des consommations énergétiques définies dans le décret tertiaire ;
- **Le gain environnemental du projet** : ce gain est évalué à partir du recours à des énergies renouvelables, à l'utilisation de matériaux biosourcés ou géosourcés, à la mise en place de toiture végétalisée... ;
- **L'efficacité énergétique** : il s'agit d'apprécier le coût du kWh économisé en rapportant le coût de l'investissement de départ réalisé toutes dépenses confondues (frais de MOA, d'AMO, études, MO, aléas...) au gain énergétique calculé. L'efficacité énergétique est affichée en €/kWh_{ef} économisé.

¹³ Outil de suivi des fluides interministériels (OSFI) piloté par la DIE et la Direction des achats de l'Etat déployé en 2020. Cet outil de suivi numérique des consommations d'eau, d'électricité, de fioul et de chauffage urbain permet de mieux connaître, suivre et gérer la performance énergétique du parc immobilier de l'Etat.

[82] Pour évaluer ces critères les porteurs de projets doivent fournir leurs diagnostics techniques et de performance énergétique.

[83] **Ce programme national est piloté sur la base de différents indicateurs**, notamment pour ce qui concerne les aspects environnementaux :

- **Surface bâimentaire** concernée par les projets en m² de surface utile brute ;
- **Gain énergétique** du projet en valeur absolue en kWh_{ef}/an et en €/an ;
- **Efficiences énergétique** en €/kWh_{ef} économisé. L'efficacité pouvant être pondérée au moment de l'expertise du dossier, notamment au regard de la vétusté des bâtiments ;
- **Réduction correspondante des émissions de gaz à effet de serre GES** (T_{eq}CO₂/an) ;
- **Masse de matériaux à faible empreinte environnementale mise en œuvre ;**
- **Performance socio-économique.**

[84] 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. **Selon la DIE, ce plan 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 T_{eq}CO₂/an, soit l'équivalent de la consommation annuelle d'énergie d'une ville de 150 000 habitants¹⁴.

[85] **Par la suite, deux appels à projet dits « Résilience 1 et 2 » ont été lancés en 2022**, afin de financer des opérations d'investissement à gains rapides. Pour le premier appel à projets, plus de 800 projets ont été sélectionnés pour un montant total de 50 M€ et pour le second environ 1 000 projets pour 130 M€. **L'économie prévisionnelle cumulée de ces deux appels à projets est estimée à plus de 200 millions de kWh_{ef} d'énergie fossile par an**, soit la consommation domestique d'une ville de 50 000 habitants¹⁵.

3.1.2 La réduction de l'empreinte environnementale des bâtiments de l'Etat doit désormais s'inscrire dans une stratégie environnementale intégrée dans les schémas directeurs immobiliers régionaux et des établissements

[86] La circulaire de la Première Ministre en date du 21 novembre 2023 portant les engagements pour la transformation écologique de l'Etat prévoit un volet sur la réduction de l'empreinte environnementale des bâtiments de l'Etat comprenant plusieurs actions (cf. tableau).

[87] **Le pilotage de ce volet doit s'effectuer par le biais d'une stratégie environnementale (et notamment énergétique) qui doit être intégrée dans les Schémas Pluriannuels de Stratégie Immobilière (SPSI) et des Schémas Directeurs Immobiliers Régionaux (SDIR).** Cette stratégie comprendra une programmation pluriannuelle des rénovations lourdes, par exemple pour les bâtiments les plus énergivores, et une programmation de travaux à gains rapides (outils de

¹⁴ DIE – Rapport d'activités 2022

¹⁵ DIE – Rapport d'activités 2022

régulation et de pilotage, isolation, passage de l'éclairage en LED, changement de système de chauffage, etc.) pour les bâtiments ne pouvant faire l'objet d'une rénovation lourde à court terme.

[88] Cette circulaire reprend également les éléments de la nouvelle doctrine d'occupation des immeubles tertiaires de l'Etat définis par la circulaire de la Première ministre en date du 7 février 2023, prévoyant notamment d'encourager la densification des bâtiments et la libération de certaines surfaces par l'Etat afin de baisser les surfaces occupées par les administrations de 25 %.

Tableau 3 : Plan d'actions pour réduire l'empreinte environnementale des bâtiments de l'Etat et de ses opérateurs

Actions	
Réduire les consommations : ▪ Raccorder les bâtiments à l'OSFi et mettre à jour les données du Référentiel Technique ▪ Sensibiliser les agents et former les équipes techniques à la réduction des consommations énergétiques Rénovations : ▪ Définir la stratégie environnementale des bâtiments ▪ Engager les rénovations ▪ Supprimer les chaudières fioul et engager le remplacement des chaudières au gaz ▪ Respecter la réglementation sur les fluides frigorigènes	Réduire l'empreinte environnementale : ▪ Réduire la surface de bureau louée/détenue ▪ Dés-imperméabiliser les parcs de stationnement ▪ Intégrer les enjeux de biodiversité dans les chantiers de rénovation ▪ Utiliser des matériaux biosourcés dans les constructions ▪ Renforcer la prise en compte des déchets dans les constructions ▪ Installer des procédés de production d'énergies renouvelables/des systèmes végétalisés sur les toitures des constructions

Source : Circulaire du 21 novembre 2023

3.2 La rénovation des bâtiments des collectivités territoriales relève du fond vert

3.2.1 Une large majorité des projets de rénovation énergétique du parc de bâtiments existants du bloc communal et des départements financés dans le cadre de France Relance ont atteint 30 % d'économie d'énergie

[89] Dans le cadre du plan de relance, une enveloppe de 950 M€ a été ouverte en 2021 pour financer les projets de rénovation énergétique des bâtiments des collectivités du bloc communal (à hauteur de 650 M€) et des départements (à hauteur de 300 M€). Cette enveloppe a été déléguée aux préfets de région selon les modalités de la dotation de soutien à l'investissement local (DSIL) et de la dotation de soutien à l'investissement des départements (DSID)¹⁶. Une enveloppe complémentaire de 50 M€ fléchée sur la rénovation thermique des équipements sportifs structurants était également gérée par l'Agence nationale du sport (ANS).

[90] Cette enveloppe vise à financer des actions de rénovation énergétique des bâtiments publics et ne recouvre pas en revanche la construction de bâtiments neufs.

¹⁶ Instruction interministérielle du 18 novembre 2020 relative au soutien à la rénovation énergétique des bâtiments des collectivités territoriales

[91] Les travaux éligibles sont globalement les mêmes que ceux prévus dans les appels à projets lancés pour les bâtiments de l'Etat dans le cadre du plan France Relance : actions dites « à gains rapides », travaux de rénovation du bâti, travaux ciblés pour améliorer le confort d'été.

[92] **Les critères de sélection des projets s'inspiraient également des critères retenus pour les bâtiments de l'Etat en retenant les deux sous-critères : gain énergétique du projet, gain environnemental du projet.**

[93] **Toutefois, s'agissant du gain énergétique, les préfets étaient invités à prioriser les projets les plus performants, avec une cible recommandée d'au moins 30 % de réduction de consommation d'énergie**, dès lors que ceux-ci s'intégraient dans les priorités territoriales. Des adaptations de ce critère étaient possibles en fonction des caractéristiques techniques, architecturales et patrimoniales du bâtiment et de son environnement et de l'ampleur du programme de rénovation.

[94] **Les indicateurs de pilotage de ce programme comprenaient notamment la surface du projet (m²) et le gain d'économies d'énergie (en kWh/an et en pourcentage)** générées par le projet, ainsi que le nombre de système utilisant du fioul remplacés.

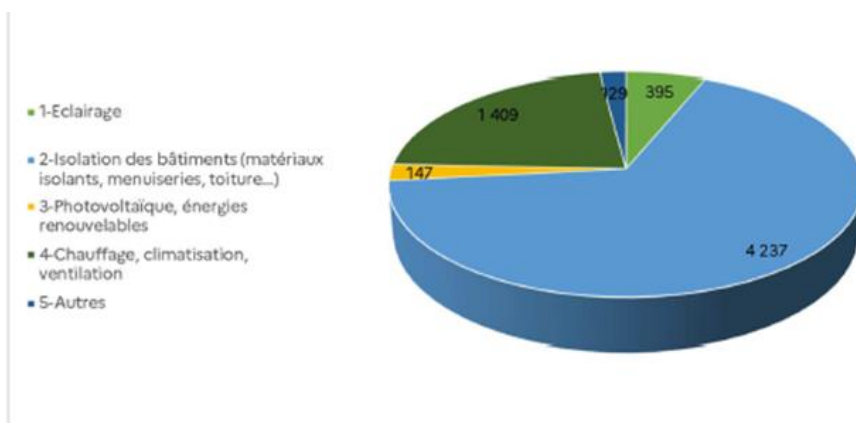
[95] Le bilan de ce programme¹⁷, paru en novembre 2022, fait état de 5928 projets soutenus (949 M€), dont 5360 ayant bénéficié au bloc communal (647 M€) et 568 au bloc départemental (303 M€). Le taux de subvention moyen était de 38 % pour les projets communaux et de 47 pour les projets départementaux. L'effet levier de la DSIL est de 2,62 € sur les financements apportés par les collectivités, c'est-à-dire que les collectivités dépensent en moyenne 2,62 euros par euro de subvention. L'effet levier de la DSID atteint 2,15 €.

[96] **Les projets soutenus peuvent être classés en cinq catégories :**

- Travaux portant sur les systèmes d'éclairage (éclairage public ou des bâtiments) ;
- Isolation des bâtiments (pose de matériaux isolants, changement des menuiseries, réfection des toitures...) ;
- Installation de sources de production d'électricité renouvelable (photovoltaïque essentiellement) ;
- Amélioration des systèmes de chauffage, de climatisation ou de ventilation ;
- Projets ne pouvant être rattachés à aucune des catégories.

¹⁷ Le bilan de l'utilisation de la DSIL et DSID 2021 pour la rénovation énergétique – novembre 2022

Graphique 1 : Nature des projets de rénovation énergétique des bâtiments du bloc communal financés dans le cadre de France Relance



Source : DGCI

[97] Le bilan indique que la cible recommandée de 30 % d'économies d'énergie semble atteinte dans une large majorité des projets : 77 % des projets du bloc communal et 49 % des projets départementaux, pour lesquels l'information a été transmise par les préfetures. En outre 817 projets ont conduit à remplacer un ou plusieurs systèmes de chauffage au fioul.

3.2.2 La rénovation énergétique des bâtiments des collectivités relève dorénavant d'un fonds vert

[98] Un fonds d'accélération de la transition écologique dans les territoires (dit « fonds vert ») a été mis en place par la loi de finances 2023 dans le cadre de la planification écologique. Ce fonds était doté à l'origine de 2Mds€ par an et sa pérennisation a depuis été annoncée. Il est destiné aux collectivités territoriales et géré par les préfets de région. Il est complété d'une enveloppe d'ingénierie à hauteur de 25 M€ pour aider les collectivités à faire émerger des projets à forte ambition environnementale.

[99] Le fonds vert vise à subventionner des investissements locaux favorisant la performance environnementale, l'adaptation au changement climatique et l'amélioration du cadre de vie. Sa vocation est donc plus large que les programmes précédents ciblés sur la rénovation énergétique des bâtiments. Il ne fixe donc pas de règles strictes d'éligibilité ou de sélection des projets. Ceux-ci doivent notamment être compatibles avec les orientations des contrats de relance et de transition écologique (CRTE), respecter la réglementation environnementale en vigueur et générer un effet levier vis-à-vis des collectivités.

[100] Le bilan 2023 du fonds vert fait état de 8 000 dossiers acceptés sur les 17 000 recensés pour des projets 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.

[101] Parmi les résultats obtenus, un gain énergétique moyen de 50 % a été évalué pour les projets financés par le fonds vert au titre de la rénovation énergétique des bâtiments publics.

3.2.3 Le plan de rénovation des écoles ambitionne de rénover 90 % des écoles en portant le fonds vert à 2,5 Mds€ par an

[102] La rénovation des écoles faisait partie des projets éligibles au fonds vert dès 2023 ans le cadre de la rénovation énergétique des bâtiments. Sur les huit premiers mois de l'année 2023, 618 projets de rénovation d'écoles ont ainsi été soutenus, représentant un montant total de dépenses de 618 M€ et un montant d'aide attribuée au titre du Fonds vert de 141 M€.

[103] Annoncé le 5 septembre 2023 dans le cadre de la planification écologique, **le plan rénovation des écoles a pour but d'accélérer la rénovation des bâtiments scolaires partout en France, avec pour objectif d'atteindre 2000 écoles rénovées d'ici la fin 2024, et 40 000 d'ici 10 ans, soit 90 % du total.**

[104] Le plan rénovation des écoles inclut deux objectifs :

- participer à la rénovation énergétique des bâtiments ;
- améliorer le confort d'été et la végétalisation des cours d'écoles.

[105] Les travaux peuvent prendre en compte non seulement le bâti scolaire, mais également les espaces dédiés aux temps périscolaires et aux crèches.

[106] **Il est recommandé de prioriser les projets dont le gain énergétique est supérieur à 40 %** compte tenu des résultats obtenus sur les projets financés en 2023 mais également dans une logique de soutien à des projets plus ambitieux que la réglementation.

[107] **Le plan de rénovation des écoles sera financé par un renforcement du fonds vert via une enveloppe complémentaire de 500 M€ dédiée aux écoles.**

[108] **Le coût total de la rénovation des écoles est estimé par le ministère chargé de l'écologie à 50 Mds€, sur la base d'un coût complet de 1100 m² basé sur des retours d'expériences terrain. Lissé sur la durée du plan, le besoin d'investissement annuel est de 5Mds€.**

[109] Des modélisations ont été faites sur cette base pour définir le niveau de soutien de l'Etat, à partir d'une analyse de l'investissement annuel des communes dans le bâti scolaire (3,7 Mds€/an)¹⁸, de leur niveau d'endettement, des gains en exploitation liés à la rénovation du bâti et de l'effet levier moyen associé aux financements fonds vert. **Une augmentation du fonds vert à hauteur de 500 M€/an avait été annoncée en 2023 mais sera finalement limitée à 100 M€ dans le cadre du plan de réduction des dépenses de l'Etat annoncé en février 2024 pour maîtriser la dépense publique.**

¹⁸ Assemblée Nationale – Rapport d'information sur l'adaptation de l'école aux enjeux climatiques – décembre 2023

ANNEXE 4 : La politique de transition écologique des établissements de santé et médico-sociaux

ANNEXE 4 : LA POLITIQUE DE TRANSITION ECOLOGIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX	87
1 LA TRANSITION ECOLOGIQUE DU SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL EST INEVITABLE DANS LE CADRE DES ENGAGEMENTS CLIMATIQUES DE LA FRANCE	89
1.1 LE SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL REPRESENTA ENVIRON 8 % DES EMISSIONS DE CARBONE EN FRANCE	89
1.2 LE SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL DOIT DIMINUER SES EMISSIONS DE GAZ A EFFET DE SERRE DE 5 % PAR AN DANS LE CADRE DE L'ENGAGEMENT DE LA FRANCE EN MATIERE DE CLIMAT	92
1.3 AU-DELA DE L'EMPREINTE CARBONE, L'EMPREINTE ECOLOGIQUE GLOBALE DES ETABLISSEMENTS EST EGALEMENT CONSEQUENTE	93
2 LA REGLEMENTATION APPLICABLE ENCOURAGE L'EVOLUTION DES PRATIQUES POUR DIMINUER L'EMPREINTE ECOLOGIQUE	94
2.1 UN VOLET ECO-RESPONSABLE EST OBLIGATOIRE DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE MAIS PAS POUR LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	94
2.2 L'ETABLISSEMENT D'UN BILAN D'EMISSION DES GAZ A EFFET DE SERRE EST OBLIGATOIRE POUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE PLUS DE 250 SALARIES ET LES ETABLISSEMENTS PRIVES DE PLUS DE 500 SALARIES.....	94
2.3 LA REDUCTION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE ET DES DECHETS EN RESTAURATION COLLECTIVE EST ENCADREE	96
2.4 LA REDUCTION DE L'EMPREINTE CARBONE LIEE AUX PRODUITS DE SANTE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REGLEMENTATION SPECIFIQUE	97
2.4.1 <i>La réduction de l'impact environnemental des médicaments est peu encadrée.....</i>	97
2.4.2 <i>Le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique est interdit par la réglementation nationale.....</i>	98
2.4.3 <i>Le don de matériel médical usagé est possible.....</i>	99
2.5 LES OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS EN TERMES DE MOBILITE PORTENT NOTAMMENT SUR LE VERDISSEMENT DE LEUR PARC AUTOMOBILE ET LE DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES AU VEHICULE INDIVIDUEL	99
2.6 DIFFERENTES OBLIGATIONS EN MATIERE DE SANTE-ENVIRONNEMENT S'APPLIQUENT AUX ETABLISSEMENTS POUR DIMINUER LEUR IMPACT ENVIRONNEMENTAL	101
2.6.1 <i>Les exigences en matière de qualité des denrées alimentaires privilégient les circuits courts et durables.....</i>	101
2.6.2 <i>Une surveillance périodique de la qualité de l'air intérieur est rendue obligatoire.....</i>	101
2.6.3 <i>L'utilisation des produits phytopharmaceutiques dans l'enceinte des établissements est interdite.....</i>	102
3 LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE SE SAISISSENT DE PLUS EN PLUS DE CES ENJEUX	103

3.1	LES RESULTATS DU BAROMETRE « MON OBSERVATOIRE DU DEVELOPPEMENT DURABLE » INDIQUENT UNE INTEGRATION ACCRUE DES ENJEUX DE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX.....	103
3.2	LES RESULTATS DE LA CERTIFICATION SEMBLENT CONFIRMER LA PRISE EN COMPTE DU DEVELOPPEMENT DURABLE PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	104
3.3	DE NOMBREUSES INITIATIVES LOCALES SONT A SOULIGNER	105
4	LA TRANSITION ECOLOGIQUE EST DORENAVANT PRISE EN COMPTE DANS DES STRATEGIES PROPRES AUX SECTEURS DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE.....	106
4.1	LA FEUILLE DE ROUTE MINISTERIELLE POUR LA DECARBONATION DU SYSTEME DE SANTE FIXE DES OBJECTIFS AMBITIEUX POUR ATTEINDRE LA NEUTRALITE CARBONE EN 2050.....	106
4.2	LA STRATEGIE BIEN VIEILLIR VISE LA NEUTRALITE CARBONE DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX D'ICI 2030	108
5	LES PROJETS REGIONAUX DE SANTE 2023-2028 PREVOIENT DANS LEUR MAJORITE UN AXE SUR LA TRANSITION ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE	109
5.1	LA MAJORITE DES PROJETS REGIONAUX DE SANTE 2023-2028 PREVOIT DES ACTIONS POUR LA REDUCTION DE L'EMPREINTE CARBONE DU SYSTEME DE SANTE	109
5.2	LES ARS SE POSITIONNENT SOIT EN POSITION D'ACCOMPAGNEMENT, SOIT EN PILOTAGE DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE.....	109
5.3	LA GOUVERNANCE REGIONALE SUR LA TRANSITION ECOLOGIQUE SE STRUCTURE EN EXTERNE COMME AU SEIN DES ARS.....	111

1 La transition écologique du secteur sanitaire et médico-social est inévitable dans le cadre des engagements climatiques de la France

1.1 Le secteur sanitaire et médico-social représente environ 8 % des émissions de carbone en France

[1] Le think tank The Shift Project a estimé, dans son rapport publié en 2023, 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 France¹⁹. Cette empreinte est calculée dans le périmètre du secteur sanitaire décrit par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comprenant les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de ville, les administrations publiques du secteur, l'assurance maladie et les complémentaires santé.

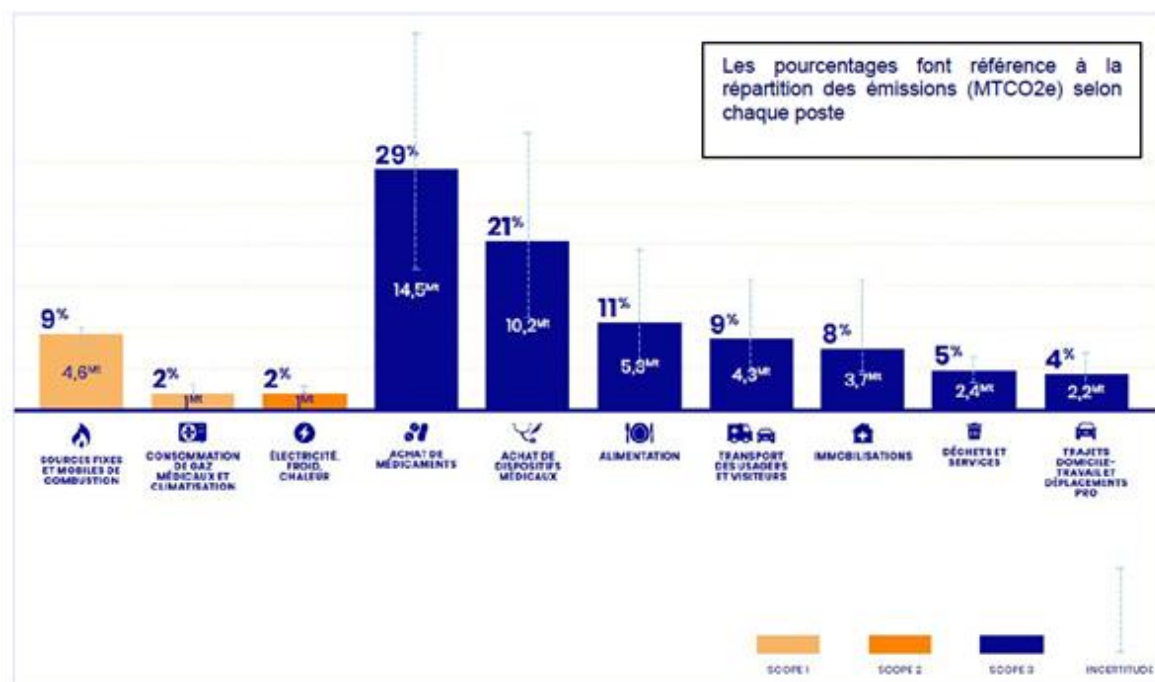
[2] Cette empreinte est à mettre en regard de la part de la dépense courante de santé au sens international (DCSI) dans le PIB national qui se situait autour de 12 % en 2021 et de la part importante de ce secteur dans l'emploi en France (plus de 9 %).

[3] Ce volume global d'émissions est cohérent avec les émissions de carbone des systèmes de santé au niveau international qui varient entre 3 % à 10 % des émissions nationales : 3 % pour le Mexique, 4 % pour le Royaume-Uni, 5 % pour le Canada, 7 % pour l'Australie, 8 % pour les Pays-Bas, et 10 % pour les États-Unis²⁰.

¹⁹ Décarboner la santé pour soigner autrement – Rapport du Shift Project – version 2 – avril 2023

²⁰ Comment améliorer la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ? Une revue de littérature et un cadre d'action pour la France - Anna-Veera Seppänen et Zeynep Or - Institut de recherche et documentation en économie de la santé – Questions d'économie de la santé - n° 278 - Mai 2023

Graphique 1 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCO₂e)



Source : The Shift projet (2023)

Les différentes catégories du bilan carbone

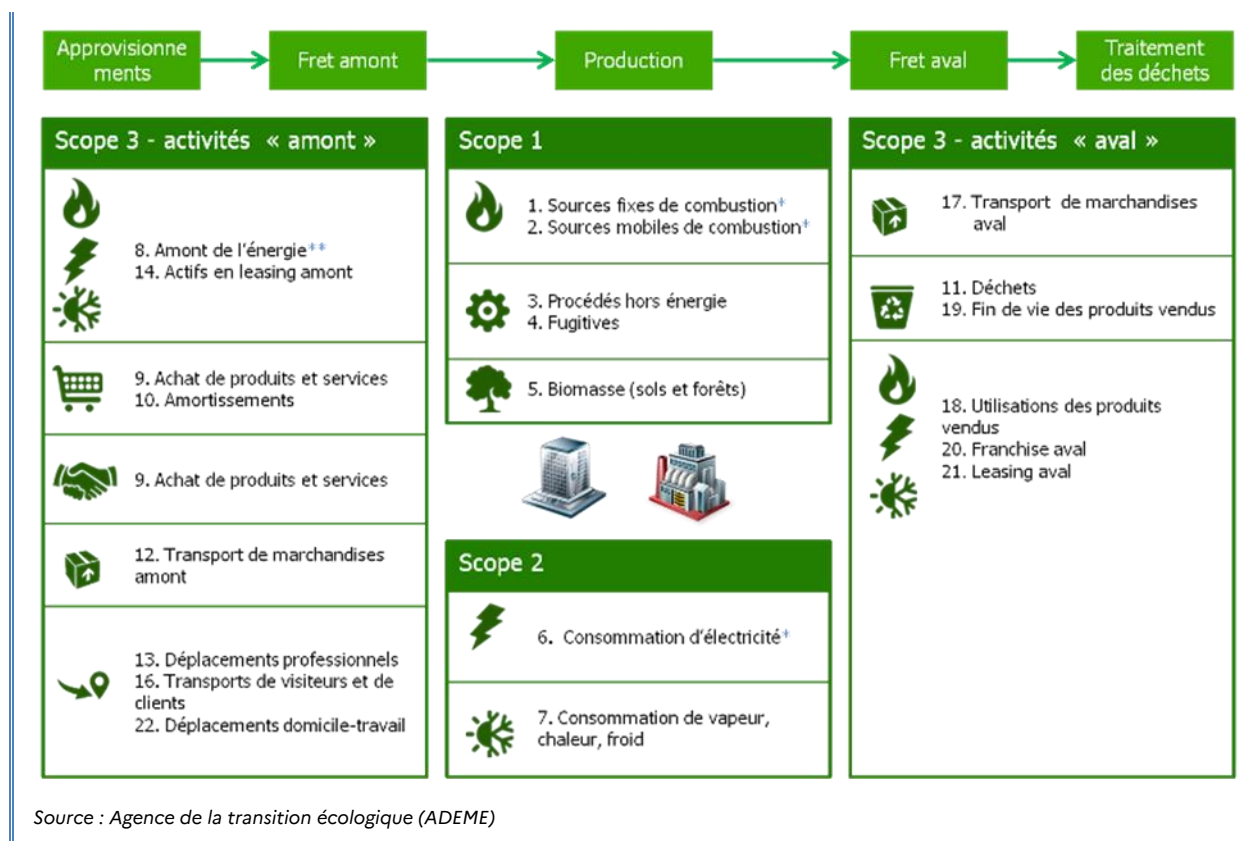
Les émissions de GES peuvent être directes ou indirectes. Elles sont classées en « scope » (ou périmètre). Cette classification est utilisée pour évaluer les émissions de GES dans le cadre d'un bilan d'émission des gaz à effet de serre (BEGES)²¹.

Le « scope » 1 regroupe toutes les émissions générées directement par une organisation et ses activités (installations, flottes de véhicules possédées en propre, etc.).

Le « scope » 2 regroupe toutes les émissions par la production d'énergie achetée mais pour laquelle les émissions liées à la combustion se font en amont de l'entité (électricité, chaleur et froid).

Le « scope » 3 correspond à l'ensemble des autres émissions indirectes ayant lieu en amont ou en aval de la chaîne de valeur de l'organisation (émissions des fournisseurs directs, émissions liées à l'utilisation d'un produit tout au long de sa durée de vie, etc.). Elles ne sont pas directement générées par l'organisation mais elles sont nécessaires à son activité.

²¹ Il existe plusieurs méthodologies de bilan des émissions de GES. L'ADEME a publié en 2004 une méthodologie de quantification des GES pour les organisations appelée Bilan Carbone®. Cette méthode prend en compte la globalité des émissions de GES, directes ou indirectes, pour tous les flux physiques d'une organisation sans lesquels le fonctionnement de celle-ci ne serait pas possible.



[4] Selon les estimations du Shift Project, 87 % des émissions de GES du secteur sanitaire et médico-social sont indirectes (scope 3), liées notamment à l'achat et la consommation de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) et alimentaires et aux transports (de patients et de salariés). Les émissions directes liées au secteur sanitaire et médico-social (scope 1) sont estimées à 11 % des émissions totales et les émissions indirectes liées aux consommations électriques, de chaleur ou de froid (scope 2) sont estimées à 2 %.

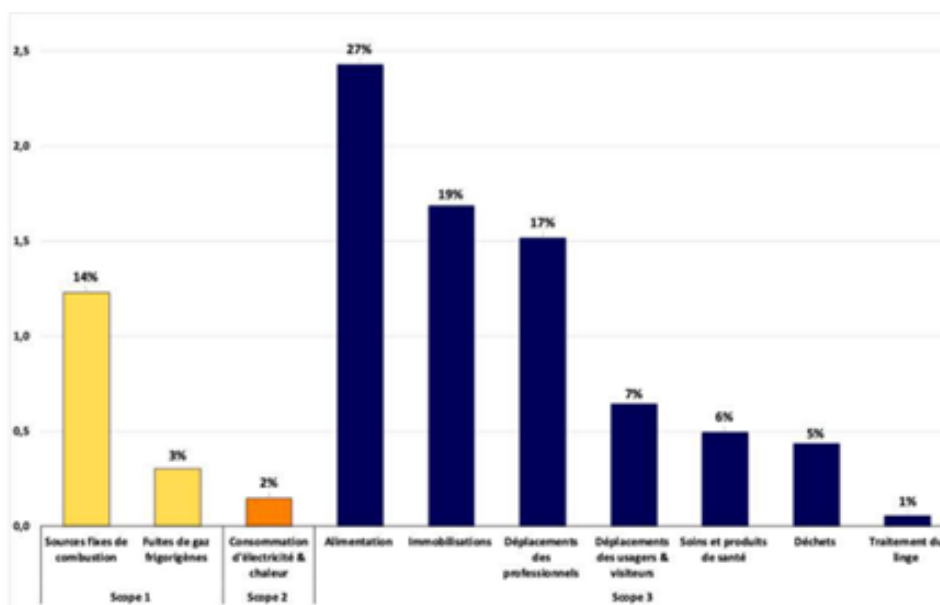
[5] Cette répartition est également cohérente avec les comparaisons internationales. Le rapport de Health Care Without Harm, basé sur les données de 68 pays agrégées au sein de la World Input-Output Database, montre que les émissions indirectes (scope 3) représentent la plus grande part avec 71 % des émissions²².

[6] Le Shift Project a plus récemment calculé l'empreinte carbone plus spécifique du secteur de l'autonomie, 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 santé²³, compte tenu notamment d'un poids relatif moins important des produits de santé.

²² Health Care Without Harm – ARUP – How the Health Sector Contributes to the Global Climate Crisis and Opportunities for Action – Septembre 2019

²³ 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 l'Autonomie (MtCO₂e)



Source : The Shift projet (2023)

[7] Par catégories d'acteurs du secteur, plus de 75 % des émissions sont réalisées par les établissements sanitaires et médico-sociaux²⁴ :

- 38 % des émissions sont réalisées par les établissements de santé ;
- 21 % des émissions sont réalisées par les établissements et services pour personnes âgées ;
- 17 % des émissions sont réalisées par les établissements et services pour les personnes en situation de handicap ;
- 23 % des émissions sont réalisées par les professionnels de santé de ville ;
- 1 % des émissions sont réalisées par les administrations et institutions de santé.

1.2 Le secteur sanitaire et médico-social doit diminuer ses émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an dans le cadre de l'engagement de la France en matière de climat

[8] La mise en œuvre de l'Accord de Paris en 2015 implique en France la réduction des émissions de gaz à effet de serre de 40 % entre 1990 et 2030 et de 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. L'Accord de Paris permettait en effet à l'ensemble des Etats de se fixer comme objectif collectif de limiter l'augmentation moyenne de la température bien en

²⁴ Selon The Shift Project, cette répartition ne prend pas en compte les émissions associées aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux.

dessous de 2 °C par rapport aux niveaux préindustriels, en visant 1,5 °C, afin de limiter le réchauffement climatique.

[9] **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.** Les objectifs de la France ont donc été réhaussés pour être mis en cohérence avec l'accord européen et servent de base à la planification écologique annoncée par le Gouvernement en 2023.

[10] **Pour atteindre une baisse de 55 % des émissions de gaz à effet de serre en 2030 par rapport à 1990 (émissions nettes), une diminution de 4 à 5 % par an est nécessaire.**

[11] Avec 8 % des émissions nationales, le secteur sanitaire et médico-social a une empreinte écologique significative et doit donc faire sa part dans la baisse des émissions. 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.

1.3 Au-delà de l'empreinte carbone, l'empreinte écologique globale des établissements est également conséquente

[12] L'empreinte écologique globale des établissements de santé et médico-sociaux est conséquente :

- Les établissements de santé consomment 1000 à 1200 litres d'eau potable par jour et par patient selon l'ANAP, contre une consommation journalière moyenne de 150 litres par jour par Français ;
- Les établissements de santé et médico-sociaux produisent plus de 700 000 tonnes de déchets par an, soit 3,5 % de la production nationale selon l'Agence de la transition écologique (ADEME) ;
- Les établissements de santé et médico-sociaux représentent 2 % de la consommation énergétique nationale et 12 % de la consommation énergétique du secteur tertiaire selon l'ADEME ;
- Les établissements de santé et médico-sociaux préparent 1,5 milliard de repas par an selon l'ADEME.

[13] **Compte tenu de son impact propre, le système de santé doit donc s'inscrire dans une démarche globale de réduction de son empreinte.**

[14] **Le secteur sanitaire et médico-social a également intérêt à s'inscrire dans des démarches de transformation écologique.** Il convient de rappeler que 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 ».

[15] **C'est aussi une question d'exemplarité vis-à-vis des usagers et un levier managérial et de recrutement** en termes de mobilisation des équipes de soins sur les projets d'établissement intégrant la composante environnementale.

2 La réglementation applicable encourage l'évolution des pratiques pour diminuer l'empreinte écologique

[16] Il n'existe pas aujourd'hui de recensement de la réglementation environnementale applicable aux établissements de santé et médico-sociaux, ni des objectifs spécifiques auxquels ils doivent répondre. Quelques initiatives sont à souligner : l'ANAP et la fédération hospitalière de France (FHF) ont publié des synthèses thématiques, le CSIS a élaboré un référentiel du développement durable mentionnant quelques obligations... La feuille de route ministérielle pour la transition écologique du système de santé (cf. chapitre 3) prévoit d'identifier le corpus réglementaire applicable et de le publier sur une plateforme accessible à tous mais sans calendrier précis.

[17] Au-delà de la réglementation applicable plus spécifiquement aux enjeux liés à la construction ou la rénovation des bâtiments et à la consommation d'énergie présentée en annexe 3, ce chapitre synthétise les principales obligations réglementaires visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre des établissements sanitaires et médico-sociaux. Il ne constitue pas une synthèse exhaustive des obligations s'inscrivant dans la responsabilité sociale et environnementale des établissements.

2.1 Un volet éco-responsable est obligatoire dans le projet d'établissement pour les établissements de santé mais pas pour les établissements médico-sociaux

[18] L'article L. 6143-2 du code de la santé publique prévoit que le projet d'établissement, basé notamment sur la base du projet médical, comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

[19] En revanche, l'article L311-8 du code de l'action sociale et des familles ne prévoit pas que le projet d'établissement ou de service des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux comporte un tel volet.

2.2 L'établissement d'un bilan d'émission des gaz à effet de serre est obligatoire pour les établissements publics de plus de 250 salariés et les établissements privés de plus de 500 salariés

[20] Un bilan des émissions de gaz à effet de serre et d'un plan d'action volontaire visant à les réduire est obligatoire, selon les dispositions de l'article L. 229-25 du code de l'environnement :

- Tous les 3 ans pour les établissements de santé et médico-sociaux de droit public employant plus de 250 personnes ;
- Tous les 4 ans pour les établissements de santé et médico-sociaux de droit privé employant plus de 500 personnes.

[21] Ce bilan se matérialise par la réalisation d'un inventaire de l'ensemble des flux émetteurs de gaz à effet de serre et leur conversion en équivalent CO2.

[22] **L'ensemble des bilans sont publiés sur une plateforme publique administrée par l'ADEME :** <https://bilans-ges.ademe.fr/>.

[23] **Le décret n°2022-982 du 1er juillet 2022 relatif aux bilans d'émissions de gaz à effet de serre a étendu le périmètre des bilans des émissions de gaz à effet de serre (BEGES) que les organisations doivent réaliser aux émissions indirectes significatives, incluant les émissions dites du « scope 3 ». Jusqu'alors, seules les émissions directes et les émissions indirectes associées à l'énergie consommée (« scopes 1 et 2 ») étaient obligatoirement être prises en compte dans les BEGES.**

Conformité des établissements de santé et médico-sociaux à la réalisation des BEGES

Le secteur de la santé constitue un des principaux secteurs assujettis à l'élaboration des BEGES. Selon le bilan établi par l'ADEME fin 2021²⁵, 728 établissements publics du champ santé et de l'action sociale (majoritairement des établissements) et 468 établissements privés (pouvant comprendre des établissements privés de santé mais aussi, par exemple, des industries pharmaceutiques) sont assujettis à l'élaboration d'un BEGES.

Fin 2021, une quarantaine de BEGES des établissements sanitaires et sociaux ont été publiés sur ce site.

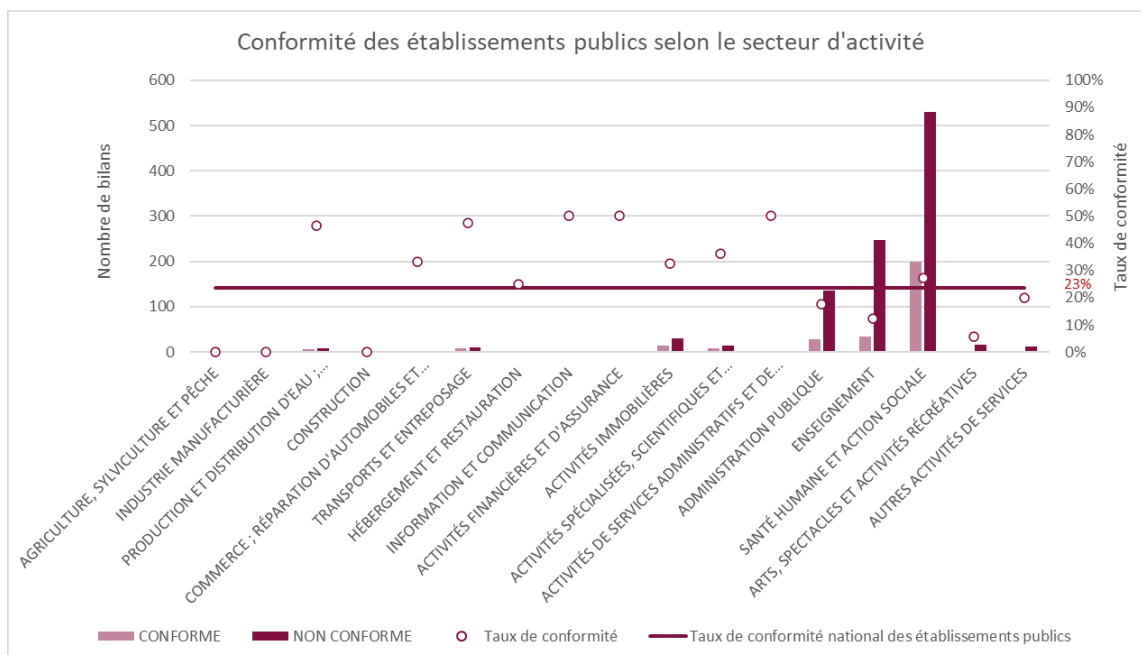
S'agissant des établissements publics soumis à la réglementation, le taux de conformité du secteur sanitaire et social est de 27 % en 2021. Ce taux de conformité est en baisse par rapport à 2018 (35 %). La crise sanitaire, qui a très fortement impacté ce secteur en 2020 et 2021, a pu avoir un impact non négligeable sur cette diminution et ce malgré la publication par l'ADEME d'un guide sectoriel en 2020 pour favoriser les déclarations de ces établissements.

Pour autant, le taux de conformité de ce secteur est supérieur à d'autres secteurs comme les administrations publiques, l'enseignement ou les arts, spectacles et activités récréatives.

Aucun secteur d'activité n'affiche un taux de conformité supérieur à 50 %. Les taux de conformité les plus élevés concernent des secteurs ayant un nombre d'obligés très faible (l'information et la communication, les activités financières et les activités de services administratifs et de soutien).

²⁵ ADEME – Evaluation 2021 de la réglementation des bilans d'émissions de gaz à effet de serre – septembre 2022

Taux de conformité à la réglementation BEGES des établissements publics selon le secteur d'activités en 2021



Source : ADEME

[24] Les établissements de santé et médico-sociaux vont donc devoir élaborer ou actualiser leur BEGES, selon ce périmètre étendu. A titre d'exemple les CHU ont annoncé qu'ils seraient 80 % à actualiser leur BEGES en 2024.

[25] Par ailleurs, l'ANAP devrait proposer en 2024 un applicatif permettant aux établissements d'automatiser une déclaration simplifiée de leur bilan carbone sur la base de leurs données comptables et a l'ambition de développer progressivement ce dispositif pour le rendre conforme réglementairement au BEGES.

2.3 La réduction du gaspillage alimentaire et des déchets en restauration collective est encadrée

[26] La loi n° 2020-105 du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire fixe notamment comme objectif de réduire le gaspillage alimentaire de 50 % par rapport à son niveau de 2015 dans les domaines de la distribution alimentaire et de la restauration collective d'ici 2025.

[27] Pour cela, la loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite loi EGALIM, stipule que l'ensemble de la restauration collective, publique comme privée, devra

engager une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire à l'issue d'un diagnostic préalable qui comprend²⁶ :

- une estimation des quantités de denrées alimentaires gaspillées et de leur coût :
- une estimation des approvisionnements en produits issus de l'agriculture biologique ou autres produits mentionnés à l'article L. 230-5-1 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les économies liées à la réduction de ce gaspillage leur auraient permis de financer.

[28] Les établissements doivent également mettre en place des mesures de prévention du gaspillage, valoriser les invendus propres à la consommation humaine par le don ou la transformation, et valoriser le reste à des fins agricoles ou énergétiques.

[29] Ainsi, les établissements de restauration collective (publique et privée) ont l'interdiction de rendre impropres à la consommation les excédents alimentaires encore consommables. Pour ceux qui préparent plus de 3 000 repas par jour, la loi EGALIM étend également l'obligation de proposer une convention de don à des associations pour la reprise de leurs invendus alimentaires encore consommables, en application de l'article L.266-2 du code de l'action sociale et des familles.

[30] Conformément à la loi du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire, dite loi anti-gaspillage, la généralisation du tri à la source des biodéchets pour en permettre la valorisation organique est prévue d'ici le 1^{er} janvier 2024 pour tous les producteurs de déchets en France, notamment pour l'ensemble des établissements de restauration collective. Depuis le 1^{er} janvier 2023, cette obligation ne s'applique qu'aux établissements produisant plus de 5 tonnes de biodéchets par an²⁷.

[31] Enfin la loi EGALIM a interdit les ustensiles en plastique à usage unique dans la restauration collective (ex. gobelets, verres, assiettes, pailles, couverts...) et la distribution gratuite de bouteilles d'eau depuis le 1^{er} janvier 2021. Au plus tard le 1^{er} janvier 2025, l'utilisation de contenants alimentaires de cuisson, de réchauffe ou de service en matière plastique sera interdite dans les services de restauration collective d'établissements scolaires et universitaires, ainsi que des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans, concernant notamment les maternités et les services de pédiatrie.

2.4 La réduction de l'empreinte carbone liée aux produits de santé ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique

2.4.1 La réduction de l'impact environnemental des médicaments est peu encadrée

[32] La directive 2001/83/EC sur le médicament à usage humain amendée par la Directive 2004/27/EC, prévoit « *l'impact environnemental [des médicaments] devrait être étudié et, au cas*

²⁶ Ordonnance n° 2019-1069 du 21 octobre 2019 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire codifiée aux articles L. 541-15-3, L. 541-15-5, L. 541-15-6-1, L. 541-15-6-2 et L. 541-47 du code de l'environnement

²⁷ Le seuil pour l'application de cette obligation a été abaissé à plusieurs reprises : il était de 120 tonnes en 2012, de 10 tonnes en 2016 et enfin de 5 tonnes en 2023.

par cas, des dispositions particulières visant à le limiter devraient être envisagées », sans pour autant que l'évaluation des risques environnementaux constitue « un critère de refus d'autorisation de mise sur le marché ».

[33] **Selon la réglementation européenne en vigueur, l'étude d'impact environnemental des médicaments n'est pas systématique et vise uniquement à évaluer les risques pour l'environnement résultant de l'utilisation du médicament** (ex. évaluation des risques liés aux résidus de médicaments rejetés dans le milieu naturel). L'impact environnemental complet (analyse du cycle de vie) n'est pas évalué.

[34] Dans ce cadre, le 26 avril 2023, la Commission européenne a présenté son projet de révision de la législation pharmaceutique de l'UE, également appelée « paquet pharmaceutique ».

[35] **La Commission propose un projet de directive pour remplacer la directive 2001/83 sur le médicament à usage humain qui prévoit notamment de prendre en charge les questions environnementales dès la demande d'AMM**, via notamment une évaluation complète du risque environnemental. Elles seraient suivies en vie réelle par un classement par défaut en médicament soumis à prescription des médicaments présentant des risques pour l'environnement, ainsi que par la possibilité pour les autorités de faire retirer un médicament du marché en cas de risque grave pour l'environnement insuffisamment traité.

[36] **L'examen de cette directive est toutefois soumis à un calendrier d'approbation incertain** du fait des élections européennes, prévues au printemps 2024. Par ailleurs, l'absence de lignes méthodologiques claires au niveau européen sur la conduite de ces évaluations de risque environnemental risque également de retarder le processus de mise en œuvre de cette nouvelle réglementation.

[37] **L'impact environnemental des médicaments est aussi lié à la question de la prévention du gaspillage des médicaments.** Dans ce cadre, la loi du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire autorise la vente à l'unité de médicaments est autorisée d'ici le 1er janvier 2022 au plus tard.

2.4.2 Le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique est interdit par la réglementation nationale

[38] **Le règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux a introduit formellement la possibilité de retraitement des dispositifs médicaux à usage unique et offre la possibilité à chaque Etat Membre de mettre en place une politique nationale en ce sens.** Le retraitement se définit comme un procédé permettant la réutilisation sûre d'un dispositif médical usagé.

[39] **Si plusieurs Etats membres de l'Union européenne ont développé de tels programmes, l'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique interdit formellement cette possibilité pour la France**, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins notamment, à l'instar de 14 autres pays de l'Union européenne.

[40] **La feuille de route ministérielle (cf. chapitre 3) prévoit notamment une expérimentation dès 2024 sur la faisabilité d'un tel retraitement**, dans un cadre garantissant la sécurité des soins.

2.4.3 Le don de matériel médical usagé est possible

[41] **L'article L. 541-15-13 du code de l'environnement prévoit la possibilité pour les établissements de santé de conclure une convention de cession de matériel médical à titre gratuit à une ou plusieurs associations et structures de l'économie sociale et solidaire** (agrée « entreprise solidaire d'utilité sociale ») afin qu'il soit reconditionné et prêt à la réutilisation et au réemploi. Toutefois le décret d'application de cet article n'a pas encore été adopté.

2.5 Les obligations des établissements en termes de mobilité portent notamment sur le verdissement de leur parc automobile et le développement des alternatives au véhicule individuel

[42] **Depuis le 1er janvier 2020, la loi d'orientation des mobilités (LOM) instaure l'obligation de traiter les déplacements domicile-travail dans le cadre des négociations annuelles obligatoires (NAO) pour les entreprises de plus de 50 salariés.** Si les négociations échouent, la réalisation d'un Plan de mobilité employeur est obligatoire. Cette disposition modifie celle précédemment introduite par la loi de transition énergétique en 2015, qui avait rendu obligatoires les Plans de mobilité employeurs (PDME) pour toute entreprise rassemblant 100 salariés ou plus sur un même site au 1er janvier 2018.

[43] **Le plan de mobilité employeur vise à optimiser et à augmenter l'efficacité des déplacements liés à l'activité de l'organisme (personnel, patients, visiteurs, fournisseurs...) dans une perspective de diminution des émissions de gaz à effet de serre et de polluants atmosphériques.** A partir d'un diagnostic initial, il *« peut notamment comporter des mesures relatives à la promotion des moyens et usages de transports alternatifs à la voiture individuelle, à l'utilisation des transports en commun, au covoiturage et à l'autopartage, à la marche et à l'usage du vélo, à l'organisation du travail, au télétravail et à la flexibilité des horaires, à la logistique et aux livraisons de marchandises »* (article L. 1214-8-2 du codes des transports). Le plan de mobilité employeur est transmis à l'autorité organisatrice de la mobilité territorialement compétente.

[44] Le forfait « mobilités durables » entré en vigueur en 2020 vient en accompagnement du plan de mobilités pour inciter le recours à des transports plus propres lors des déplacement domicile-travail.

[45] **Les établissements publics se voient appliquer les dispositions de la circulaire du Premier ministre n° 6225-SG du 13 novembre 2020** qui prévoit notamment que :

- les établissements publics de l'État dont le parc automobile est supérieur à 100 véhicules devaient nommer un référent mobilités au plus tard au 31 décembre 2020, chargé d'établir le plan de mobilité en 2021 et le transmettre à la Direction des achats de l'État avant le 31 décembre 2021. Un bilan annuel du plan de mobilité doit être transmis avant le 31 mars de chaque année à la DAE et au secrétaire général du ministère en exerçant la tutelle principale afin d'en assurer l'intégration dans le bilan du ministère.
- le plan de mobilité doit comprendre :
 - Une gestion triennale de la flotte automobile : inventaire des parcs, programmation de leur renouvellement par énergie, objectifs de réduction du parc ;

- Le recensement des moyens et services alternatifs à la mobilité (visioconférence...) et des transports autres que l'automobile à disposition des agents (vélos électriques de service...) ;
- La description des outils mis en place afin de développer l'autopartage (différents conducteurs pour un même véhicule) et le covoiturage (plusieurs passagers dans un même véhicule).

[46] **S'agissant du renouvellement du parc automobile, l'article L. 224-7 du Code de l'environnement prévoit en outre que les pouvoirs adjudicateurs publics ou privés gérant directement ou indirectement des véhicules (achat, location...) acquièrent ou utilisent des véhicules à faibles et très faibles émissions.** La proportion minimale de véhicules dont le poids total en charge est inférieur ou égal à 3,5 tonnes qui sont acquis ou utilisés dans ce cadre est fixée par l'article L. 224-8 du même code²⁸ :

- Pour l'Etat et pour ses établissements publics (dont les établissements de santé) gérant un parc de plus de vingt véhicules à :
 - 50 % de véhicules à faibles émissions jusqu'au 31 décembre 2026 et 70 % à compter du 1er janvier 2027 ;
 - 37,4 % de véhicules à très faibles émissions du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2029 et 45 % à compter du 1er janvier 2030 ;
- Pour les collectivités territoriales, leurs groupements et leurs établissements publics (dont les EMS) gérant un parc de plus de vingt véhicules à :
 - 30 % de véhicules à faibles émissions jusqu'au 31 décembre 2024, 40 % du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2029 et 70 % à compter du 1er janvier 2030 ;
 - 37,4 % de véhicules à très faibles émissions du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2029 et 40 % à compter du 1er janvier 2030 ;
- Pour les autres pouvoirs adjudicateurs et entités adjudicatrices à :
 - 40 % de véhicules à faibles émissions à partir du 1er janvier 2022 ;
 - 37,4 % de véhicules à très faibles émissions du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2029 et 45 % à compter du 1er janvier 2030.

[47] **Plusieurs obligations portent également sur la création et la sécurisation d'infrastructures permettant de faciliter le recours aux modes de transports alternatifs ou décarbonés :**

- Des installations permettant de faciliter le stationnement des vélos ;
- Des places de stationnement équipées pour des bornes de recharge électrique ;

²⁸ Proportions minimales pour les véhicules dont le poids total en charge est inférieur ou égal à 3,5 tonnes. D'autres proportions sont également applicables pour les véhicules dont le poids total en charge est supérieur à 3,5 tonnes (article L224-8-1).

2.6 Différentes obligations en matière de santé-environnement s'appliquent aux établissements pour diminuer leur impact environnemental

[48] La section ci-dessous présentent les obligations réglementaires mises en place récemment et ne porte pas sur l'ensemble de la réglementation applicable en santé environnement pour les établissements (ex. prévention des légionelloses ou de l'amiante, gestion des DASRI...).

2.6.1 Les exigences en matière de qualité des denrées alimentaires privilégient les circuits courts et durables

[49] **L'article 24 de la loi EGALIM impose à la restauration collective publique d'offrir, à compter du 1er janvier 2022, au moins 50 % de produits durables ou sous signes officiels d'origine ou de qualité (ex. AOC/AOP, IGP, label rouge...) dont minimum 20 % de produits bio y compris en conversion.** En outre, les restaurants collectifs sont encouragés à développer l'approvisionnement en produits issus du commerce équitable ainsi que l'acquisition de produits obtenus dans le cadre de projets alimentaires territoriaux (PAT).

[50] **La loi n°2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets a renforcé ces exigences en fixant de nouvelles obligations applicables au 1^{er} janvier 2024 :**

- en étendant les obligations applicables à la restauration collective publique à la restauration collective privée ;
- en fixant à 60 % la part des produits « viandes et poissons » durables ou sous signe d'origine et de qualité, pour tous les restaurants collectifs publics et privés (et 100 % dans les restaurants collectifs gérés par l'État, ses établissements publics et les entreprises publiques nationales) ;
- en imposant un menu végétarien par jour depuis le 1^{er} janvier 2023, pour les gestionnaires publics et privés des services de restauration collective de l'Etat, de ses établissements publics et des entreprises publiques nationales et un plan annuel de diversification des protéines pour tous les restaurants collectifs de droit privé de plus de 200 couverts/jour à partir du 1^{er} janvier 2024/

[51] **Les établissements doivent également afficher de façon permanente à l'entrée la part des produits EGALIM et de la part des produits répondant aux PAT (projets alimentaires territoriales).**

2.6.2 Une surveillance périodique de la qualité de l'air intérieur est rendue obligatoire

[52] La loi Grenelle II a rendu obligatoire la surveillance périodique de la qualité de l'air intérieur des établissements recevant des populations sensibles.

[53] **Le décret n°2022-1689 du 27 décembre 2022, codifié à l'article R221-30 du code de l'environnement, prévoit que les établissements et structures sociaux, médico-sociaux (enfance,**

handicap et vieillesse) et USLD rattachés aux établissements de santé fassent procéder à partir du 1er janvier 2025, et à leurs frais, à une surveillance de la qualité de l'air à l'intérieur des locaux de l'établissement, par des organismes accrédités. Cette surveillance comporte :

- Une évaluation annuelle des moyens d'aération des bâtiments (notamment la concentration en dioxyde de carbone de l'air intérieur).
- Un autodiagnostic de la qualité de l'air intérieur (au moins tous les quatre ans portant notamment sur :
 - l'identification et la réduction des sources d'émission de substances polluantes ;
 - l'entretien des systèmes de ventilation et des moyens d'aération de l'établissement ;
 - la diminution de l'exposition des occupants aux polluants résultant en particulier des travaux et des activités de nettoyage.
- Une campagne de mesure des polluants à chaque étape clé de la vie du bâtiment pouvant impacter la qualité de l'air intérieur ;
- Un plan d'actions visant à améliorer la qualité de l'air intérieur d'ici le 31 décembre 2027.

[54] Lorsque le résultat des analyses dépasse les valeurs réglementaires, le chef d'établissement engage dans les deux mois toute expertise nécessaire pour identifier les causes et fournir des éléments nécessaires au choix de mesures correctives pérennes et adaptées.

[55] **Un dispositif de surveillance spécifique au risque radon est également obligatoire pour les établissements situés dans une des zones à potentiel radon définies dans l'arrêté du 27 juin 2018 portant délimitation des zones à potentiel radon.**

2.6.3 L'utilisation des produits phytopharmaceutiques dans l'enceinte des établissements est interdite

[56] **L'article L253-7 du Code rural et de la pêche maritime interdit aux établissements publics d'utiliser ou faire utiliser (prestataires) les produits phytopharmaceutiques (hors produits de biocontrôle autorisés) pour l'entretien des espaces verts, forêts, voiries ou promenades accessibles ou ouverts au public et relevant de leur domaine public ou privé.** L'article L255-13-1 du même code interdit aux établissements publics d'utiliser ou de faire utiliser des engrais de synthèse pour l'entretien des espaces relevant de leur domaine public ou privé (hors terrains agricoles) au 1er janvier 2027.

[57] **En outre, l'arrêté du 15 janvier 2021²⁹ interdit spécifiquement l'utilisation des produits phytopharmaceutiques dans les établissements, maisons et centres de santé et établissements sociaux et médico-sociaux (hors ESAT travaillant dans les espaces verts), y compris leurs espaces verts, forêts, voiries ou promenades accessibles ou ouverts au public.**

²⁹ Arrêté du 15 janvier 2021 relatif aux mesures de protection des personnes lors de l'utilisation de produits phytopharmaceutiques dans les propriétés privées, les lieux fréquentés par le public et dans les lieux à usage collectif et modifiant l'arrêté du 4 mai 2017 relatif à la mise sur le marché et à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques et de leurs adjuvants visés à l'article L. 253-1 du code rural et de la pêche maritime.

3 Les acteurs du système de santé se saisissent de plus en plus de ces enjeux

3.1 Les résultats du baromètre « Mon observatoire du développement durable » indiquent une intégration accrue des enjeux de développement durable dans les établissements de santé et médico-sociaux

[58] Le baromètre « Mon observatoire du développement durable » (MODD), piloté par l'ANAP, est une enquête permettant d'analyser la maturité des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur le développement durable. Composée de 40 questions, elle permet de couvrir les principaux enjeux de responsabilité sociale et environnementale des établissements. Suspendue pendant la crise Covid, cette enquête a été réactivée en 2022, dans un contexte marqué par de profondes évolutions législatives.

[59] **Les principaux résultats du volet environnemental sont décrits dans le tableau ci-après³⁰.**

Tableau 1 : Principaux résultats enregistrés sur le volet environnemental de l'enquête MODD 2022

Enjeux de volet environnemental	Principaux résultats
Enjeu 1 : Améliorer l'efficacité énergétique et le recours aux énergies renouvelables	47 % des répondants ont entrepris des travaux d'efficacité énergétique
Enjeu 2 : Evaluer et réduire les émissions de gaz à effet de serre	32 % des répondants ont évalué leur production de gaz à effet de serre 52 % ont jamais évalué leurs émissions
Enjeu 3 : Préserver la ressource en eau	45 % des répondants ont mis en place des équipements économes en eau 20 % ne suivent pas leur consommation d'eau
Enjeu 4 : Développer la mobilité	51 % des répondants ont mis en place un plan d'actions pour les déplacements domicile/travail et les déplacements professionnels 43 % n'ont pas pris en compte l'enjeu de la mobilité
Enjeu 5 Prévenir et gérer les déchets	37 % mène une politique de réduction du gaspillage alimentaire

³⁰ La synthèse de l'ANAP ne précise pas le nombre de réponses transmises par les établissements et le nombre de réponses prises en compte pour l'analyse finale. Il est indiqué qu'environ ¼ des réponses ont été prises en compte dans l'analyse (seuil de taux de réponse supérieur à 50 % et/ou questionnaire validé).

	24 % des répondants trient, pèsent et valorisent leurs déchets alimentaires
Enjeu 6 Préserver la biodiversité	71 % des répondants ont au moins identifié les produits dangereux qu'ils utilisent 18 % ne prennent pas en compte cet enjeu

Source : ANAP

[60] Sur la base de ces résultats, l'ANAP note que les établissements de santé et médico-sociaux souhaitent davantage intégrer le développement durable dans leurs projets et que la réglementation ne fait pas toujours effet levier, dans la mesure où peu de structures ont réalisé un bilan carbone ou pris en compte la loi EGALIM.

3.2 Les résultats de la certification semblent confirmer la prise en compte du développement durable par les établissements de santé

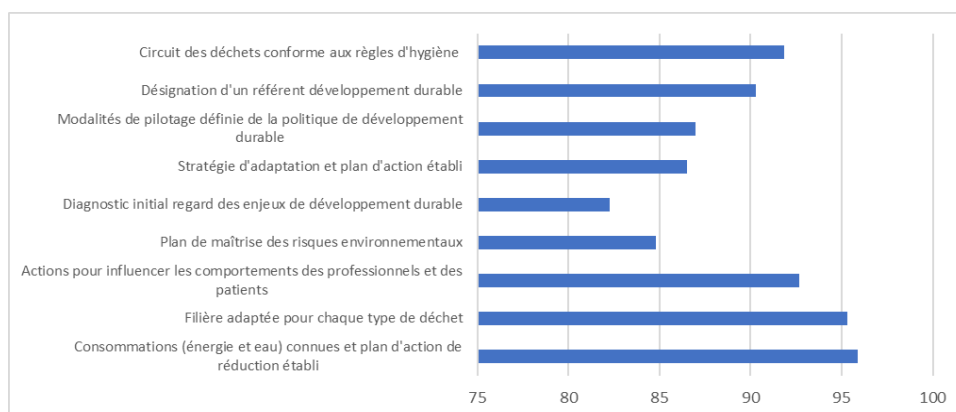
[61] La haute autorité de santé (HAS) a intégré un critère spécifique aux enjeux environnementaux visant à la gestion des risques environnementaux et le développement durable (critère 3.6-04) dans le référentiel de certification des établissements de santé.

[62] Ce critère d'évaluation vise à mesurer la maturité du processus de prise en compte des enjeux de développement durable au sein de l'établissement, à travers neuf éléments d'évaluation répartis en trois axes :

- La réalisation des diagnostics initiaux des consommations (eau, énergie), des émissions de gaz à effet de serre et de la production de déchets et des plans d'actions permettant de les réduire ;
- La politique et la gouvernance mises en place au sein de l'établissement pour prendre en compte les différents enjeux du développement durable ;
- La gestion des déchets, qui constituait le cœur de ce critère dans les versions initiales du référentiel de certification.

[63] Les résultats enregistrés par la HAS sur ce critère font état d'une bonne appropriation de la démarche puisque, sur les 1158 décisions de certification émises à ce jour, plus de 80 % des établissements ont satisfait aux neuf éléments d'évaluation. Pour cinq éléments d'évaluation, ces résultats sont supérieurs à 90 %.

Graphique 3 : Résultats de la certification des établissements de santé pour le critère



Source : HAS – traitement mission

Dans le champ médico-social, il convient de noter que le manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, établi en 2022 par la HAS, prévoit également un critère relatif au développement durable³¹, évalué selon les deux éléments suivants :

- L'ESSMS définit une politique de développement durable.
- L'ESSMS met en place des actions d'optimisation des achats et de lutte contre le gaspillage.
- La formalisation de ce référentiel est trop récente pour en tirer de premiers résultats.

3.3 De nombreuses initiatives locales sont à souligner

[64] La mission a constaté à l'occasion de ses échanges terrain que les établissements de santé et médico-sociaux étaient particulièrement engagés dans des démarches de transition écologique.

[65] Les initiatives sont nombreuses, souvent portés par les professionnels eux-mêmes, avec le soutien de la direction générale et permettent ainsi d'envisager des changements de pratiques pérennes. Ces initiatives se sont multipliées depuis la crise COVID qui a souvent agi comme un révélateur pour certaines équipes.

[66] 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. Ce plan s'articule autour de 5 thématiques : achats durables, maîtrise de l'énergie, biodiversité et résilience, lutte contre les pollutions, éco-conception des soins. Il comprend 45 actions et est porté par 120 ambassadeurs dans les services. 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

³¹ CRITÈRE 3.15.1 – L'ESSMS définit et met en œuvre sa stratégie d'optimisation des achats et de développement durable

de soins. Par le biais d'une formation-action, d'un guide méthodologique et d'un recueil de bonnes pratiques, les agents volontaires ont la capacité d'identifier les actions à mettre en œuvre selon les enjeux propres à leur unité.

[67] 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.

[68] Sur le plan bâtiminaire, le futur CHU de Nantes produira la totalité de son énergie primaire par des énergies renouvelables, issues de la géothermie, du réseau de chaleur urbain ou de panneaux photovoltaïque. L'EHPAD de Bourgs sur Colagne en Lozère a recours à une assistance à maîtrise d'usage pour bien identifier, dans une logique participative avec les professionnels et les résidents, les usages futurs du bâtiment dans une logique sociale, durable et de territoire, et en adaptant le projet immobilier en conséquence.

[69] **Pour l'ensemble des établissements rencontrés, la transition écologique constitue un levier managérial puissant** pour fédérer les équipes autour de projets et de valeurs communes.

[70] **Pour certains d'entre eux, elle permet également d'améliorer la « marque employeur » et d'améliorer l'attractivité de l'établissement.**

4 La transition écologique est dorénavant prise en compte dans des stratégies propres aux secteurs de la santé et de l'autonomie

4.1 La feuille de route ministérielle pour la décarbonation du système de santé fixe des objectifs ambitieux pour atteindre la neutralité carbone en 2050

[71] Le ministère chargé de la santé a élaboré en mai 2023 une feuille de route pour la planification écologique du système de santé afin d'accompagner les différents acteurs, notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux, à se mettre en conformité avec leurs obligations réglementaires et d'accélérer leur transition via des objectifs complémentaires dans sept domaines d'actions :

- **L'objectif n°1 vise à accentuer la rénovation écologique et la transformation énergétique des établissements de santé et médicosociaux d'ici 2040**, via notamment les crédits du Ségur de l'investissement (200 M€ de l'enveloppe dédiée aux investissements du quotidien ont été fléchés en mai 2023 à des actions d'efficacité énergétique). La signature de contrats de performance énergétique et la mise en place d'un réseau de 150 conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES) accompagnent la mise en œuvre de cet objectif.
- **L'objectif n°2 vise à accélérer et promouvoir la transition vers des achats durables, notamment les produits de santé, d'ici 2030.** Une plateforme d'achats durables basée sur des analyses de cycle de vie et des scores environnementaux sera élaborée.

- **L'objectif n°3 vise à transformer et accompagner les pratiques vers des soins écoresponsables dès 2023.** La réduction de l'usage des gaz médicaux à fort effet de serre est prévue dès 2024, ainsi qu'une expérimentation sur la faisabilité du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique.
- **L'objectif n°4 vise à accélérer la réduction des déchets et leur valorisation d'ici 2030.** Pour cela, le périmètre des DASRI sera notamment redéfini en 2024 et différentes actions sont prévues pour limiter les prescriptions de médicaments et réduire les déchets médicamenteux.
- **L'objectif n°5 vise à former tous les professionnels et acteurs de santé à l'urgence écologique.**
- **L'objectif n°6 vise à accélérer la transition vers des transports et des schémas de mobilité à faibles et très faibles émissions d'ici 2030.** Un bonus écologique sera versé aux transporteurs sanitaires qui utiliseront des véhicules électriques à compter de novembre 2023 et le recours au transport partagé de patients sera développé.
- **L'objectif n°7 vise à élaborer une feuille de route pour verdir le numérique en santé d'ici 2024.** Il est notamment prévu d'élaborer en 2023 des éco-scores des applications de santé et des systèmes d'informations hospitaliers.

[72] **Le suivi de la mise en œuvre de cette feuille de route est assuré par un comité de pilotage**, présidé par la ministre et composé des ministères de la Santé et de la Prévention, des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, de la Transition énergétique, de la Transformation et de la Fonction publique, de l'Industrie, des Outre-mer, de l'ANAP, de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de l'ADEME, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), de la HAS, de représentants des ARS, des fédérations du secteur et des conférences hospitalières, des représentants d'usagers et de cinq experts qualifiés.

[73] **Un tableau de bord des indicateurs de développement durable (national, régional et par établissement) sera établi par l'ANAP**, en refondant l'outil « *Mon observatoire du développement durable* », pour piloter la transformation du secteur et suivre la mise en œuvre de cette feuille de route.

[74] La feuille de route prévoit que les outils de pilotage habituels du système de santé seront mobilisés pour assurer la mise en conformité des acteurs, notamment :

- **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** passés entre les ARS et les établissements prévoient des objectifs chiffrés de transformation écologique et énergétique ;
- **Le projet d'établissement** devra inclure un volet écoresponsable (mesure du Ségur de la santé)³² ;

³² Cette mesure est déjà obligatoire pour les établissements de santé.

- **les accords conventionnels** mono-professionnels et pluri-professionnels signés par l'Assurance maladie avec les professionnels intégreront un volet transition écologique ;
- **les Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)** incluront des indicateurs spécifiques ;
- **l'accord-cadre CEPS** pourra intégrer des critères environnementaux.

[75] **La feuille de route a été déclinée dans une convention de planification écologique à la fin de l'année 2023 listant les engagements des membres du comité de pilotage.**

4.2 La stratégie Bien Vieillir vise la neutralité carbone dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux d'ici 2030

[76] **La stratégie gouvernementale « Bien vieillir »³³ dévoilée en novembre 2023 comprend 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.**

[77] L'atteinte de cet objectif s'appuie sur trois actions principales :

- Le calcul de l'empreinte carbone de la branche autonomie par la CNSA et la mise en place d'actions territorialisées pour la réduire ;
- Le déploiement de conseillers en transition énergétique et écologique et en santé, pour engager des démarches de développement durable dans les établissements (achats responsables, gestion des déchets) ;
- L'orientation des crédits d'investissement en faveur d'actions d'efficacité énergétique.

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

³³ PRÉPARER LA FRANCE DE DEMAIN, AJOUTER DE LA VIE AUX ANNÉES – Stratégie « Bien Vieillir »

5 Les projets régionaux de santé 2023-2028 prévoient dans leur majorité un axe sur la transition écologique du système de santé

5.1 La majorité des projets régionaux de santé 2023-2028 prévoit des actions pour la réduction de l'empreinte carbone du système de santé

[78] La mission a procédé à l'analyse des projets régionaux de santé (PRS) 2023-2028 adoptés récemment par les ARS. Elle a étudié en particulier **les 18 schémas régionaux de santé (SRS), constitutifs des PRS** selon deux axes :

- L'existence et le contenu d'une orientation générale en matière de transition écologique du système de santé ;
- L'annonce de la prise en compte des enjeux de transition écologique dans les orientations des ARS en matière d'investissement immobilier pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

[79] **L'ensemble des ARS ont inscrit une orientation stratégique liée à la prise en compte du changement climatique. Celle-ci s'inscrit principalement dans la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé »** et correspond aux enjeux de santé-environnement et d'adaptation au changement climatique.

[80] **En complément, 11 PRS contiennent un objectif d'atténuation portant sur la transition écologique du système de santé.** Il convient de noter qu'à l'exception de La Réunion, les territoires ultramarins et la Corse n'ont pas inscrit un tel objectif dans leur document. Les deux régions métropolitaines n'ayant pas affiché un tel objectif global (Auvergne-Rhône-Alpes, Pays-de-La Loire) avaient en revanche souligné la prise en compte de ces enjeux dans leurs stratégies régionales d'investissement adoptées en 2021. En Bourgogne-Franche-Comté, cet objectif est limité au champ médico-social, dans le cadre de leur politique de Responsabilité Sociale des Organisations (RSO).

[81] **Le contenu de cette orientation est à géométrie variable selon les PRS** : certains sont centrés sur la baisse des consommations d'énergie et de ressources, d'autres embrassent l'ensemble des axes définis dans la feuille de route ministérielle (ex. gestion des déchets, mobilité...).

5.2 Les ARS se positionnent soit en position d'accompagnement, soit en pilotage de la transition écologique du système de santé

[82] **Les ARS se positionnent dans une logique d'accompagnement de cette transition, rappelant que la responsabilité de celle-ci incombe aux établissements.**

[83] **Elles prévoient systématiquement un rôle d'animation régionale, en s'appuyant notamment sur le réseau des conseillers en transition écologique et énergétique (CTEES) ou sur des structures locales (ex. MAPES en Pays-de-la-Loire, RESET en Bourgogne-Franche-Comté...).**

[84] Les PRS comprennent généralement des actions de sensibilisation, de formation ou de partage des pratiques, mais également un soutien aux démarches des établissements, via notamment l'aide à la mobilisation de financements complémentaires ou la mise en place de dispositifs d'ingénierie et d'expertise. Certaines prévoient également des financements spécifiques pour les projets portés par les établissements ou l'aide à la réalisation de diagnostics préalables.

[85] Certaines ARS vont plus loin en mobilisant **des leviers supplémentaires**, notamment :

- **La contractualisation.** Quatre ARS (CVDL, Ile de France, La Réunion, Occitanie) souhaitent inscrire des objectifs de transition écologique dans les CPOM des ES/ESMS. L'ARS PACA souhaite plutôt vouloir mobiliser le CAQES à cet effet ;
- **Le contrôle.** Trois ARS (Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Grand-Est) proposent de vérifier **que les établissements respectent bien leurs obligations réglementaires**, notamment la mise à jour des BEGES et la transmission des données de consommation ;
- **La conditionnalité des aides.** Trois ARS (Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France) envisagent de mettre en place un dispositif de conditionnalité des aides à l'investissement à la prise en compte des enjeux de développement durable et notamment de transition énergétique.

[86] Plusieurs initiatives intéressantes sont également à souligner :

- L'ARS Normandie souhaite promouvoir la mise en place dans les établissements d'un plan pluriannuel de transition écologique en santé ;
- L'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite élaborer une feuille de route régionale de la transformation écologique du système de santé ;
- L'ARS Pays-de-la-Loire et Nouvelle-Aquitaine ont mis en place un mécanisme de financement incitatif, sous forme d'une bonification, pour les projets d'investissement des EHPAD répondant à certains critères environnementaux.

5.3 La gouvernance régionale sur la transition écologique se structure en externe comme au sein des ARS

[87] Dans le cadre du questionnaire adressé aux agences, 8 ARS sur 16 indiquent disposer d'une gouvernance régionale plus ou moins structurée (identification en décembre 2023 d'une « COP santé » - conférence des parties prenantes - en Normandie articulée avec la « COP Normandie » pilotée par le préfet de Région pour l'élaboration d'une feuille de route sur l'ensemble des vecteurs d'émissions de GES, comité de pilotage de la transition énergétique et écologique en santé (Copil TEES) en Bretagne associant également l'ensemble des parties, Réseau des établissements de santé en transition (RESET) en Bourgogne Franche-Comté,...).

[88] 10 ARS sur 16 déclarent par ailleurs recourir à une ou plusieurs structures externes sur les enjeux de transition écologique, dans le cadre le plus souvent d'une mission d'appui régional spécifique (MAPES en pays de la Loire, mission d'appui aux établissements médico-sociaux en Corse, groupement de coopération sanitaire Achats Santé élargi à la transition énergétique en Bretagne,...) ou en désignant cette mission à un établissements de santé. L'ADEME est généralement partie prenante de ces gouvernances.

[89] En interne, la plupart des ARS ont identifié en interne un référent et alloué des ressources à la transition écologique (8,2 ETP à l'échelle du groupe ARS).

[90] L'annexe 2 présentant les résultats du questionnaire adressé aux ARS précise l'ensemble de ces éléments.

ANNEXE 5 : La situation patrimoniale et énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux

ANNEXE 5 : LA SITUATION PATRIMONIALE ET ENERGETIQUE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX.....	112
1 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX DISPOSENT D'UN PATRIMOINE IMMOBILIER MAL CONNU ET VIEILLISSANT	114
1.1 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET D'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES REPRESENTENT PRES DE 13 000 SITES DONT PRES DE LA MOITIE RELEVANT DU SECTEUR PUBLIC	114
1.2 SELON DES ESTIMATIONS ANCIENNES, LA SURFACE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX EST D'ENVIRON 110 MILLIONS DE M ²	115
1.3 LE PATRIMOINE IMMOBILIER DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX EST VIEILLISSANT..	118
1.3.1 <i>En 2010, plus de 80 % des bâtiments des établissements de santé et médico-sociaux avaient été construits avant les années 2000</i>	<i>118</i>
1.3.2 <i>Les taux de vétusté sont de l'ordre de 50 %, en forte hausse ces dernières années dans un contexte de sous-investissement</i>	<i>120</i>
1.4 DES TRAVAUX LOURDS APPARAISSENT NECESSAIRES POUR AMELIORER LA PERFORMANCE ENERGETIQUE DES BATIMENTS.....	121
1.4.1 <i>Environ 70 % des surfaces des établissements de santé nécessiteraient une isolation par l'extérieur.....</i>	<i>121</i>
1.4.2 <i>Près de 8 % des EHPAD disposent d'équipements de chauffage ou d'isolation vétustes.....</i>	<i>121</i>
1.5 L'INFLATION ET LA SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS RENDENT COMPLEXES L'AUTO-FINANCEMENT DES TRAVAUX DE RENOVATION ENERGETIQUE.....	122
1.5.1 <i>L'indice des prix de construction a augmenté de 13 % entre 2021 et 2023 avant de se stabiliser</i>	<i>122</i>
1.5.2 <i>La situation financière des établissements se dégrade limitant leur capacité à investir pour la rénovation énergétique.....</i>	<i>123</i>
2 LES CONSOMMATIONS D'ENERGIE DU SECTEUR DE LA SANTE SONT ELEVEES MAIS L'EFFICACITE ENERGETIQUE S'AMELIORE	125
2.1 LA CONSOMMATION TOTALE D'ENERGIE DU SECTEUR DE LA SANTE REPRESENT 12 % DES CONSOMMATIONS DU PARC TERTIAIRE ET A AUGMENTE DE 20 % ENTRE 1990 ET 2015	125
2.2 LA CONSOMMATION D'ENERGIE DU SECTEUR DE LA SANTE EST EN MOYENNE 40 % SUPERIEURE AUX CONSOMMATIONS MOYENNES DU PARC TERTIAIRE, NOTAMMENT DU FAIT DE SES ACTIVITES SPECIFIQUES.....	126
2.3 LA BAISSSE DES CONSOMMATIONS PAR M ² DE L'ORDRE DE 20 % A PERMIS DE PARCOURIR LA MOITIE DU CHEMIN POUR ATTEINDRE LE JALON 2030 DU DECRET TERTIAIRE.....	128
2.4 LA CONSOMMATION MOYENNE MASQUE TOUTEFOIS UNE FORTE HETEROGENEITE DE LA CONSOMMATION ENTRE LES ETABLISSEMENTS	130
2.5 AUCUNE CORRELATION ENTRE LA CONSOMMATION ENERGETIQUE PAR M ² ET L'ETAT DU BATI N'A PU ETRE MISE EN EVIDENCE	132

2.6	L'AUGMENTATION DU COUT DE L'ENERGIE DEPUIS DEUX ANS A ANNULE LES GAINS LIES AUX ECONOMIES D'ENERGIE	133
3	LA TRANSITION ENERGETIQUE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX DOIT S'INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE DE PRIORISATION DES ACTIONS ET DES INVESTISSEMENTS	135
3.1	L'HETEROGENEITE DES ETABLISSEMENTS IMPLIQUE DES ACTIONS DIFFERENCIEES A PARTIR D'ETUDES MENEES POUR CHAQUE BATIMENT	135
3.2	LES ACTIONS DE SOBRIETE ET D'OPTIMISATION DES SYSTEMES ET EQUIPEMENTS PEUVENT PERMETTRE DE FAIRE JUSQU'A PLUS DE 30 % D'ECONOMIE D'ENERGIE	136
3.3	DES OPERATIONS DE RENOVATION LOURDE SERONT NECESSAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU DECRET TERTIAIRE	138
4	LES AIDES A LA RENOVATION ENERGETIQUE SONT NOMBREUSES, MECONNUES ET NE COUVRENT PAS LA MAJEURE PARTIE DES DEPENSES.....	141
4.1	LES SUBVENTIONS FLECHEES VERS LA RENOVATION ENERGETIQUE SONT DIVERSIFIEES ET PEUVENT SE CUMULER	142
4.1.1	<i>Les appels à projet de l'ADEME sont peu utilisés par les établissements sanitaires et médico-sociaux</i>	<i>142</i>
4.1.2	<i>Les certificats d'économie d'énergie (CEE) financent une large palette de travaux de rénovation mais leur montant est difficile à estimer a priori.....</i>	<i>143</i>
4.1.3	<i>Le programme ACTEE est ouvert aux établissements de santé et médico-sociaux dans les régions où une convention de partenariat est signée avec l'ARS.....</i>	<i>145</i>
4.1.4	<i>Les établissements de santé et médico-sociaux peuvent également solliciter des subventions des collectivités locales, notamment dans le cadre des programmes FEDER</i>	<i>146</i>
4.2	LA BANQUE DES TERRITOIRES PROPOSE DES PRETS DONT LE TAUX DEPEND DU NIVEAU D'AMBITION ENVIRONNEMENTALE DU PROJET	146
4.2.1	<i>Différentes modalités de financement par des tiers sont encouragées mais restent peu mobilisées par les établissements</i>	<i>147</i>
4.2.2	<i>Le dispositif Intracting de la Banque des territoires n'a pas été sollicité</i>	<i>147</i>
4.2.3	<i>Les contrats de performance énergétique, encouragés par la puissance publique, n'a pas encore fait ses preuves auprès des établissements.....</i>	<i>147</i>
4.2.4	<i>Le nouveau dispositif de tiers financement à paiement différé n'est a priori pas ouvert aux établissements sanitaires et médico-sociaux</i>	<i>148</i>

1 Les établissements de santé et médico-sociaux disposent d'un patrimoine immobilier mal connu et vieillissant

1.1 Les établissements de santé et d'accueil des personnes âgées représentent près de 13 000 sites dont près de la moitié relèvent du secteur public

[1] Les établissements de santé regroupent, en 2020, 2989 structures hospitalières selon la DREES³⁴.

[2] Les établissements du secteur public représentent dans cet ensemble 45 % des entités mais représentent 62 % des lits et 54 % des places d'hospitalisation. Au sein du secteur public, les centres hospitaliers universitaires (CHU) représentent 13 % des entités et respectivement 29 % et 25 % des lits et places d'hospitalisation.

Tableau 1 : Nombre d'entités et de capacités d'hospitalisation au 31 décembre 2020

	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	1347	237 941	43 109
<i>dont CHU/CHR</i>	180	69 660	11 053
Secteur privé non lucratif	670	55 605	14 659
Secteur privé à but lucratif	972	93 357	21 991
Total	2989	386 903	79 759

Source : DREES

[3] S'agissant de la capacité d'accueil des personnes âgées, la DREES dénombre, en 2021, 7 482 EHPAD pour 613 937 places et 2 308 résidences autonomie pour 120 369 places³⁵.

[4] Selon une étude de la CNSA³⁶, le secteur public représente 45 % des EHPAD (dont 16 % d'EHPAD rattachés à un établissement public de santé), suivi du secteur privé à but non lucratif (31 %) et du secteur privé commercial (24 %). Les proportions sont globalement équivalentes en nombre de places, malgré une part plus importante des EHPAD rattachés à un établissement public de santé qui offrent un nombre de places plus importants.

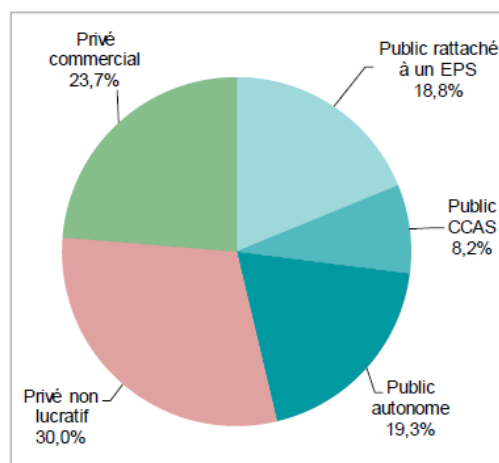
³⁴ DREES - Les établissements de santé - édition 2022

³⁵ DREES – Panorama statistique cohésion sociale – travail-emploi- 2022

³⁶ CNSA - Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 – Mai 2020

[5] **Les EHPAD ont en effet une capacité moyenne en hébergement permanent de 84 places** pour une médiane de 78 places. La majorité des EHPAD ont entre 60 et 99 places installées en hébergement permanent, quel que soit le statut considéré, sauf les EHPAD rattachés à un EPS dont la plupart ont plus de 100 places.

Graphique 1 : Répartition des places en EHPAD selon le statut juridique



Source : CNSA

1.2 Selon des estimations anciennes, la surface des établissements sanitaires et médico-sociaux est d'environ 110 millions de m²

[6] **L'ANAP³⁷ 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.** Selon cette estimation, le patrimoine des établissements de santé et médico-sociaux représenterait ainsi 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.

[7] **L'estimation de l'ANAP est cohérente avec une étude du commissariat général au développement durable (CGDD) datée de 2020³⁸.** Pour cette dernière qui dresse un état du parc de bâtiments tertiaires à partir des données du CEREN, 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.

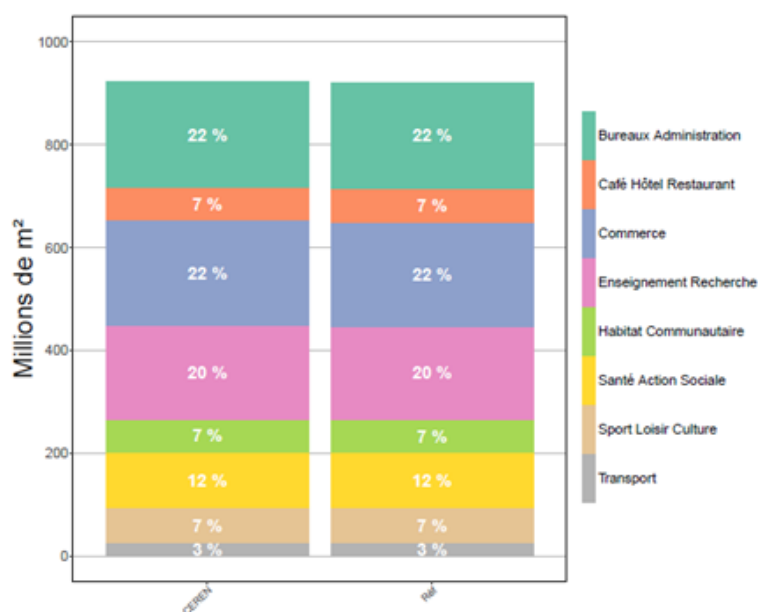
[8] Elle est également équivalente aux dernières estimations de l'ADEME qui indique que la surface chauffée des établissements de santé et médico-sociaux représente 11,8 % des 966 Mm² chauffés en 2015, soit **114 millions de m² de bâtiments³⁹.**

³⁷ ANAP - Kit d'outils : Mettre en œuvre le décret tertiaire

³⁸ CGDD - Scénarios de rénovation énergétique des bâtiments tertiaires - Quelles solutions pour quels coûts à l'horizon 2050 ? – décembre 2020

³⁹ ADEME, Chiffres clés Climat, Air et Énergie, édition 2018.

Schéma 1 : Composition du parc tertiaire en 2010



Source : **CGDD (2020)**

[9] Au sein parc hospitalier (75 Mm²), un rapport de la Cour des comptes estimait en 2013 à 60 millions de m² l'ensemble du parc des établissements publics de santé, dont 13,3 millions de m² de surface construite pour les CHU⁴⁰. Toutefois la Cour rappelait que « le ministère de la santé ne dispose pas d'outils suffisants de connaissance et de suivi du patrimoine hospitalier pour lui permettre de définir et de mettre en œuvre avec toute la rigueur souhaitable une politique active en ce domaine ».

[10] Ces différentes estimations s'appuient toutefois sur des données datant du début des années 2010 et, pour les plus récentes, sur des estimations basées sur les consommations d'énergie du parc tertiaire et non sur des données d'inventaire.

[11] La mission n'a pu que constater qu'il n'existe toujours pas d'inventaire national du parc immobilier en 2023. La base OPHELIE, lancée en 2013 pour collecter les données immobilières des établissements, n'est quasiment plus alimentée depuis 2019 et ne comporte que 340 dossiers à date.

⁴⁰ Cour des Comptes - La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins – juin 2013

Sources d'information pour l'inventaire du patrimoine hospitalier

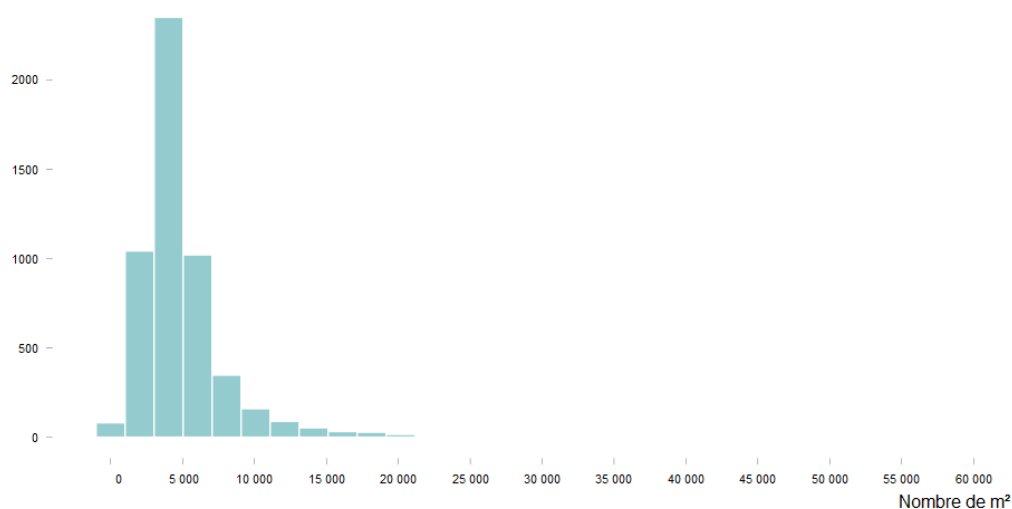
La base de données OPHELIE est une base de données qui a été lancée en 2014 et avait vocation à recenser le patrimoine existant des établissements de santé ainsi que leurs consommations énergétiques, et quelques indicateurs clés sur leur état de conformité. Cette base était alimentée sur la base du volontariat, et avait été rendu obligatoire pour les projets soumis au COPERMO. Si elle existe encore aujourd'hui, cette base n'est que partiellement alimentée.

Dès lors, la principale source d'information disponible au niveau national pour dresser un inventaire du patrimoine hospitalier reste l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE), menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Chaque établissement y déclare ses capacités en matière de lits et places par discipline et de moyens techniques (salles opératoires, équipements d'imagerie essentiellement).

Source : HCAAM⁴¹

[12] **La surface totale de l'ensemble des EHPAD est de 26 millions m²** pour une surface moyenne de 5000 m², selon le tableau de bord de la performance médico-sociale 2022⁴². La distribution des surfaces est représentée dans le graphique 2.

Graphique 2 : Distribution de la surface des EHPAD (en m²)



Source : Tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux – traitement pôle data Igas

⁴¹ HCAAM - Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé - Portrait du fonctionnement en France

⁴² sur 5253 EHPAD ayant renseigné l'item

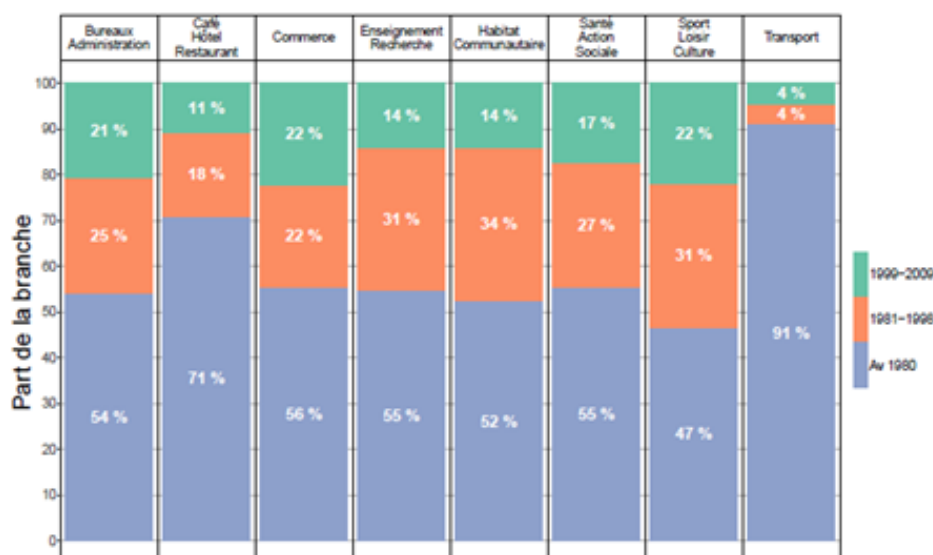
1.3 Le patrimoine immobilier des établissements de santé et médico-sociaux est vieillissant

1.3.1 En 2010, plus de 80 % des bâtiments des établissements de santé et médico-sociaux avaient été construits avant les années 2000

[13] L'étude du CGDD précitée a catégorisé le parc tertiaire par période de construction et par secteur d'activité.

[14] 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. Cette distribution par période de construction est relativement similaire à celle observée pour les autres administrations.

Schéma 2 : Répartition du parc tertiaire par période de construction



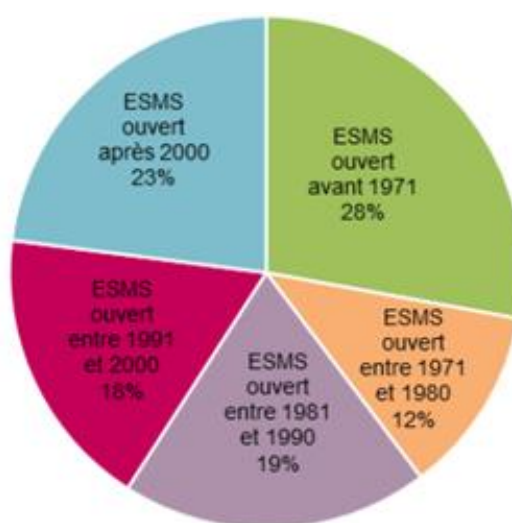
Source : CGDD (2010)

[15] L'étude la CNSA précitée donne une répartition légèrement différente s'agissant des EHPAD : 23 % des EHPAD ont été ouverts après 2000, 37 % entre 1981 et 2000 et 40 % avant 1980.

[16] 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 (cf. taux de vétusté).

[17] 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.

Graphique 3 : Répartition des EHPAD par année d'ouverture



Source : CNSA

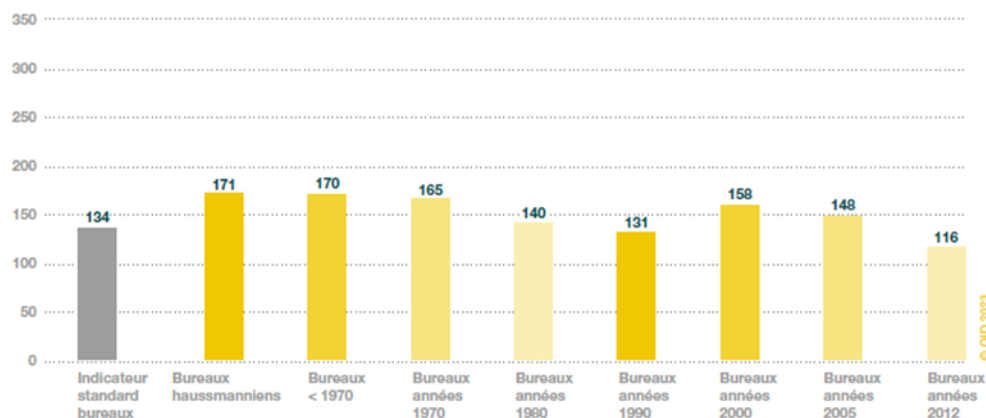
[18] Or, la date de construction des bâtiments peut fortement influencer leur performance énergétique, notamment en termes d'isolation.

[19] A titre d'exemple, selon le baromètre de l'Observatoire de l'immobilier durable (OID)⁴³, 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 ;
- 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.

⁴³ Observatoire de l'immobilier durable – Baromètre 2023 de la performance énergétique et environnementale des bâtiments – décembre 2023

Graphique 4 : Consommation en énergie finale des bureaux par typologie (en kWh_{ef}/m²/an)



Source : OJD

1.3.2 Les taux de vétusté sont de l'ordre de 50 %, en forte hausse ces dernières années dans un contexte de sous-investissement

[20] Le taux de vétusté mesure le niveau des amortissements des bâtiments rapportés à leur valeur brute. Il est généralement admis que le parc immobilier est vétuste au-delà de 50 % et que le renouvellement des équipements concernés doit être envisagé au-delà de 60 %. Ces mesures de la vétusté sont à apprécier en tendance, compte tenu des incertitudes affectant la fiabilité des données patrimoniales.

[21] **Le taux moyen de vétusté des bâtiments de santé⁴⁴ a connu une hausse particulièrement marquée depuis dix ans, passant de 44,3 % en 2013 à 55,2 % en 2021 et 58,8 % en 2022⁴⁵.** Cela signifie que ces immobilisations sont en moyenne à la moitié de leur durée de vie et seront donc obsolètes d'ici 2050.

[22] **L'augmentation du taux de vétusté est à mettre en regard de la baisse tendancielle des investissements immobiliers des établissements de santé qui est passé sur la même de 2,8 Mds€ à 1,8 Mds€.** En dehors des périodes des grands plans de soutien à l'investissement (plan Hôpital 2012, Ségur de l'investissement), le montant des investissements est passé de 1,9 Mds€ en 2016 à 1,5 Mds€ en 2020, ce qui apparaît insuffisant pour limiter la vétusté du bâti.

[23] **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.

[24] Cette tendance générale indique que l'effet du Ségur de l'investissement n'est pas encore observable sur le taux de vétusté des bâtiments, dont les effets sont plus lents à observer compte

⁴⁴ Taux de vétusté : amortissements des équipements ou bâtiments rapportés à la valeur brute des équipements ou bâtiments

⁴⁵ Source : Diamant – traitement pôle data Igas

tenu du temps nécessaire à l’instruction et à la réalisation des projets de reconstruction ou de rénovation.

[25] **Les taux de vétusté des bâtiments des établissements sanitaires et médico-sociaux, s’ils restent encore en moyenne en dessous des seuils d’intervention, indiquent que les besoins en investissement sont donc élevés à moyen terme.**

1.4 Des travaux lourds apparaissent nécessaires pour améliorer la performance énergétique des bâtiments

1.4.1 Environ 70 % des surfaces des établissements de santé nécessiteraient une isolation par l’extérieur

[26] **Une enquête, menée en 2023 par la commission ingénierie, architecture, biomédical (CIAB) de la conférence des directeurs généraux de CHU, estime que 71 % des surfaces des bâtiments des CHU nécessitent une isolation par l’extérieur** pour atteindre les objectifs du décret tertiaire. Seuls 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.

[27] **Extrapolés à l’ensemble du patrimoine hospitalier, 53 millions de m² (Mm²) nécessiteraient une isolation par l’extérieur, dont 42,6 Mm² pour les établissements de santé publics.**

1.4.2 Près de 8 % des EHPAD disposent d’équipements de chauffage ou d’isolation vétustes

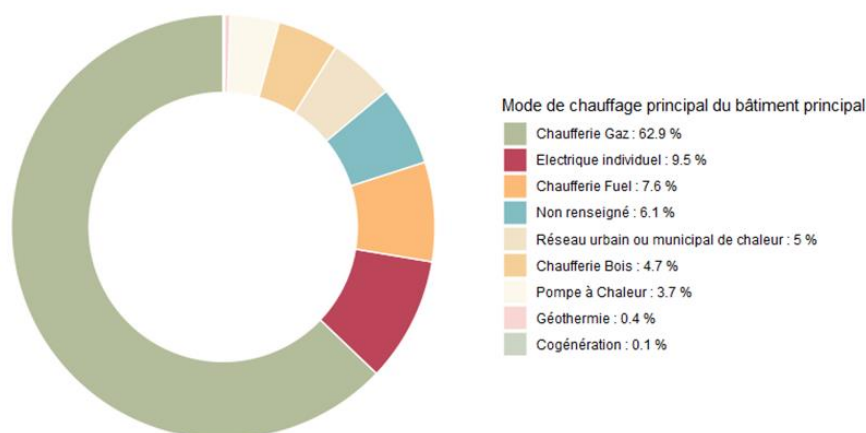
[28] **Le pôle data de l’Igas a traité les données 2022 du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux et a calculé que plus de 7 % des EHPAD disposent de fenêtres à simple vitrage.** Cette proportion est probablement sous-estimée compte tenu du nombre de non-réponses à cet item (12 %).

[29] **De même, 8 % des EHPAD sont encore alimentés par une chaufferie alimentée au fioul,** dans un contexte où l’Etat souhaite supprimer les chaudières au fioul du parc immobilier public d’ici 2030.

[30] Toutefois cette part a semble-t-il nettement diminué depuis 2009, où selon l’étude du CGDD précitée, le mix énergétique des établissements de santé et médico-sociaux était composé à 19 % de fioul, même si les périmètres des études ne sont pas tout à fait comparables. La production d’énergie provenait en 2009 pour l’essentiel de gaz (55 %) mais également d’électricité (15 %), de réseau de chaleur urbain (8 %) et d’autres sources, telles que le GPL, la biomasse, l’énergie solaire, le charbon (2 %).

[31] La prépondérance actuelle des chaudières au gaz dans les modes de chauffage des EHPAD (66 %) doit être appréciée au regard du projet de directive en cours d’adoption sur la performance énergétique des bâtiments qui prévoit la suppression progressive des chaudières à combustibles fossiles d’ici 2040.

Graphique 5 : Répartition des modes de chauffage des EHPAD



Source : Tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux – traitement mission

1.5 L'inflation et la situation financière des établissements rendent complexes l'auto-financement des travaux de rénovation énergétique

1.5.1 L'indice des prix de construction a augmenté de 13 % entre 2021 et 2023 avant de se stabiliser

[32] 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 2023⁴⁶.

⁴⁶ ANAP - Note de conjoncture économique sur le prix des travaux des établissements sanitaires et médicaux sociaux - Octobre 2023

Graphique 6 : Evolution de l'indice des coûts de construction (BT01) entre 2014 et 2023



Source : ANAP

[33] 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. L'augmentation du coût des matières premières, de l'énergie et de la main d'œuvre expliquent cette augmentation. Cette évolution de l'index a impacté l'ensemble des coûts de la construction (neuf & rénovation) au niveau national.

[34] L'ANAP a comparé en juin 2023 les coûts actualisés des projets saisis dans la base OSCIMES avec des retours récents d'ouvertures de plis et constaté un écart moyen de l'ordre de +10 % à +15 %. Cette hausse est légèrement inférieure à la hausse des coûts de chantier constatés par la CNSA en 2023 (+17 % pour les projets PAI).

[35] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont indiqué des hausses de coûts constatés lors de l'ouverture des plis de 30 % qui ne peut s'expliquer entièrement par la hausse des coûts de construction.

1.5.2 La situation financière des établissements se dégrade limitant leur capacité à investir pour la rénovation énergétique

[36] En 2021, les indicateurs financiers des établissements de santé sont inférieurs au niveau nécessaire pour financer leurs investissements lourds. Le taux de capacité d'autofinancement nette (CAF nette)⁴⁷ des établissements publics de santé demeure inférieur au niveau de 3 % généralement estimé nécessaire pour assurer un autofinancement pérenne des investissements courants. De même, selon l'annexe 6 du PLFSS, le niveau de marge brute reste globalement inférieur à 5 %, seuil estimé nécessaire pour assurer le financement de l'investissement une fois le remboursement de la dette assuré. Pour mémoire, l'objectif de marge brute était de 8 % dans le cadre de l'instruction des projets d'investissement par le COPERMO.

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

[37] Les niveaux de CAF nette et de marge brute des établissements publics de santé sont en baisse entre 2020 et 2021, mais dans une moindre mesure dans la mesure où, sur la période, les ressources des établissements ont augmenté de manière significative sous l'effet du financement des revalorisations salariales découlant du Ségur de la santé⁴⁸.

Tableau 2 : Taux de CAF nette et de marge brute des établissements publics de santé en 2021

Type d'établissement public de santé	Taux de CAF nette 2021	Taux de marge brute 2021
AP-HP	0,40 %	3,20 %
CHU	2,40 %	6,00 %
CH $\geq$ 150M	1,70 %	5,50 %
70M $\leq$ CH<150M	1,30 %	4,70 %
20M<CH<70M	2,20 %	4,40 %
CH<20M	3,00 %	6,70 %
USLD public	2,60 %	5,30 %
Total général	1,90 %	5,10 %

Source : Annexe 6 du PLFSS 2024

[38] **Après une phase de stabilisation, le niveau de l'encours de dette a progressé en 2021, passant de 29,9 Mds€ en 2020 à 31 Mds€ en 2021. La hausse constatée se présente exclusivement chez les CHU dont l'AP-HP.** Malgré cette augmentation, les ratios d'endettement des établissements publics de santé ont nettement progressé en 2021 du fait de la délégation des crédits Ségur de restauration des capacités financières. Le taux d'indépendance financière des établissements (poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents de l'établissement) est repassé en 2021 sous le seuil de 50 % indiqué comme critique et atteint un niveau moyen de 47 %.

[39] **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. Les marges de manœuvre pour l'investissement à long terme semblent donc limitées pour ces établissements.

[40] **Toutefois, le taux d'endettement a baissé de 27,9 % en 2020 à 26,6 % en 2021, indiquant une faible dépendance dans l'ensemble vis-à-vis des organismes financiers, même si taux moyen masque de fortes hétérogénéités** entre les établissements. Sur la période, l'endettement s'est

⁴⁸ Annexe 6 du PLFSS 2024

réduit, pour la plupart des catégories, ce qui semble indiquer un désendettement plus important que les emprunts nouveaux.

Tableau 3 : Indicateurs financiers liés à l'investissement des EHPAD

	2020	2021	Taux d'évolution 2021 / 2020
Taux de capacité d'autofinancement en %	5,3	4,1	-1,22
Taux d'endettement corrigé en %	27,9	26,6	-1,28
Taux de résultat net corrigé en %	1,4	0,8	-0,63

Source : Annexe 6 du PLFSS 2024

[41] De manière globale, les trajectoires financières des établissements publics de santé et des EHPAD pose des enjeux de soutenabilité des investissements immobiliers.

[42] L'évolution des frais financiers liés au relèvement des taux d'intérêt dans le contexte d'inflation pourra également peser dans les choix d'investissement de ces établissements.

[43] **Le rapport inter-inspections de 2013 sur le pilotage et le financement de l'investissement immobilier des établissements de santé rappelle que « les tarifs n'incluent pas la totalité des coûts d'investissement et n'ont pas vocation à l'inclure pour les opérations lourdes et restructurantes ».** Cette mission 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 de mise aux normes de sécurité (désamiantage et parasismique uniquement) d'un coût sans commune mesure au produit d'exploitation. »⁴⁹. Certains travaux lourds de mise aux normes énergétiques pourraient donc justifier le recours à des subventions publiques.

2 Les consommations d'énergie du secteur de la santé sont élevées mais l'efficacité énergétique s'améliore

2.1 La consommation totale d'énergie du secteur de la santé représente 12 % des consommations du parc tertiaire et a augmenté de 20 % entre 1990 et 2015

[44] Selon l'ADEME⁵⁰, 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 du secteur tertiaire en 2015 était estimée à 19,5 Mtep et représentait environ 15 % de la demande d'énergie française.

⁴⁹ Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier – Rapport IGAS-IGF- mars 2013

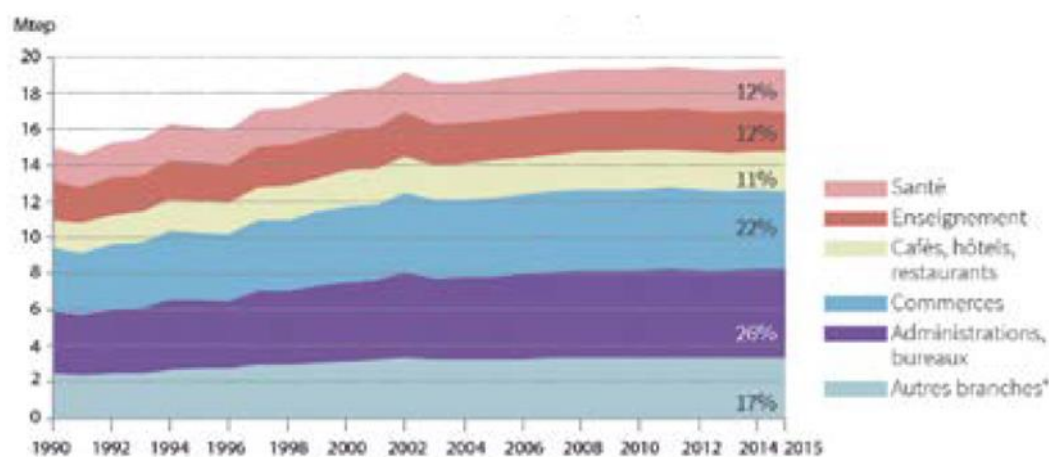
⁵⁰ ADEME, Chiffres clés Climat, Air et Énergie, édition 2018.

[45] **Les consommations d'énergie finale du parc tertiaire ont augmenté d'environ 30 % entre 1990 et 2015** passant de 15 à 19,4 Mtep. L'augmentation moyenne de la consommation finale d'électricité est 2 % par an depuis 2000, et de 0,8 % en moyenne par an pour l'ensemble des énergies.

[46] **Au sein de ce parc, les consommations d'énergie finale du secteur de la santé ont progressé d'environ 20 % au cours de la même période.**

[47] **Au-delà de l'augmentation de la surface de parc, cette augmentation est liée en partie à l'évolution des usages.** Si le chauffage reste le principal usage, sa part dans les consommations énergétiques a diminué sous l'effet de l'amélioration de l'efficacité énergétique des systèmes de chauffage et des performances thermiques des bâtiments. Cette baisse est toutefois contrebalancée par le développement de nouveaux usages plus énergivores tels que les équipements bureautiques, de communication et de climatisation. En effet, la consommation d'électricité pour les usages spécifiques et de climatisation représentait 32 % de la consommation finale du secteur tertiaire en 2015 contre 25 % en 1990.

Graphique 7 : Evolution des consommations d'énergie du secteur tertiaire



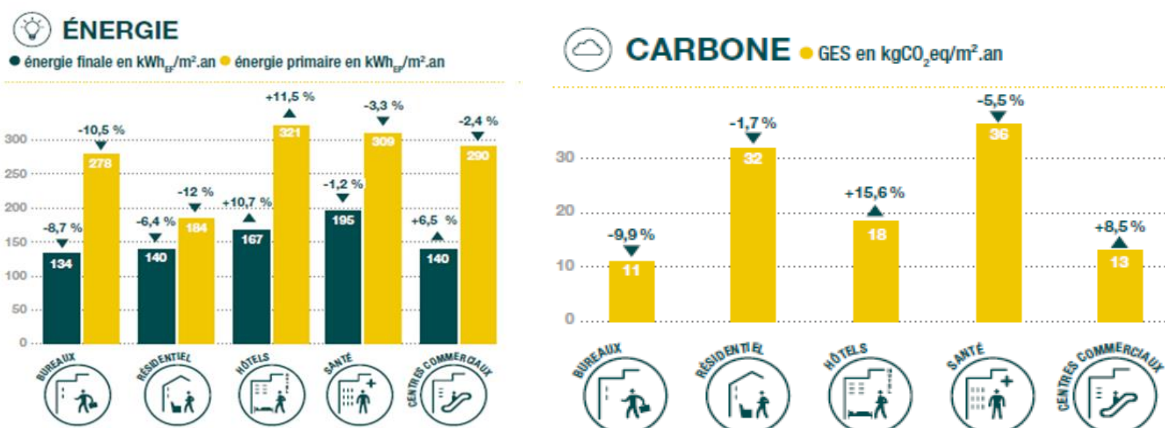
Source : ADEME d'après les données du CEREN 2015

2.2 La consommation d'énergie du secteur de la santé est en moyenne 40 % supérieure aux consommations moyennes du parc tertiaire, notamment du fait de ses activités spécifiques

[48] **Selon les données du baromètre 2023 de l'observatoire de l'immobilier durable, la consommation moyenne d'énergie finale dans le secteur de la santé est de 195 kWh.m² par an.**

[49] **En 2023, la consommation unitaire finale des établissements de santé est supérieure de 40 à 45 % par rapport à la consommation moyenne finale des autres bâtiments tertiaires (hors hôtels).**

Schéma 3 : Consommations d'énergie et émissions de gaz à effet de serre des bâtiments tertiaires en 2023



Source : Observatoire de l'immobilier durable (OID)

[50] Cet écart s'explique en partie par la vétusté du parc immobilier (cf. partie 1) et par la spécificité des établissements sanitaires et médico-sociaux. D'une part, ces établissements fonctionnent en continu, sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. D'autre part, certaines normes ou conventions de confort d'usage peuvent s'appliquer pour tenir compte des profils des résidents ou des patients. A titre d'exemple, il est fréquent que les établissements sanitaires et médico-sociaux soient « surchauffés » autour de 24-25°C.

[51] En outre, ces établissements se caractérisent généralement par la combinaison d'activités au sein de mêmes bâtiments. Outre les activités tertiaires classiques (ex. administrations, chambres d'hospitalisation ou de résidence, salle de consultations...), certaines activités plus spécifiques peuvent être rencontrées :

- Les zones d'énergie maîtrisée (ZEM) qui regroupent les activités de soins spécifiques (blocs opératoires, réanimation, laboratoires de type P2, P3 ou P4, salles blanches, stérilisation...) ;
- Les activités de process (blanchisserie, cuisine...) qui peuvent concerner les établissements de santé mais également les établissements médico-sociaux.

[52] Ces activités spécifiques (ZEM, process) sont particulièrement énergivores. Selon des travaux menés par la CIAB de la conférence des directeurs généraux des CHU en 2020, les activités ZEM et de process représentent 5 % des surfaces mais 30 % des consommations des CHU, alors que les activités tertiaires représentent 95 % des surfaces et 70 % des consommations énergétiques. Dans le détail, les consommations sont les suivantes :

- 15 % pour les activités ZEM (70 % pour le chauffage, 15 % pour le brassage de l'air, 5 % pour l'eau glacée, 5 % pour les pompes de récupération et 5 % pour l'air neuf) ;
- 15 % pour les activités de process (7 % pour les blanchisseries, 5 % pour les laboratoires, 2 % pour la cuisine centrale et 1 % pour la stérilisation).

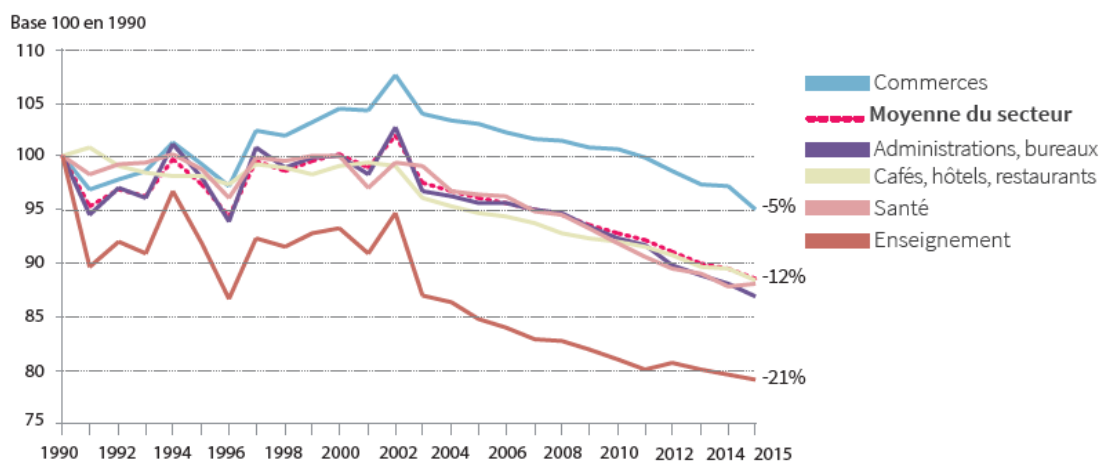
[53] Certains acteurs rencontrés par la mission estiment que l'intégration de ces activités spécifiques dans le périmètre du décret tertiaire pénalisent les établissements de santé et est susceptible de compromettre leur capacité à atteindre les objectifs de réduction fixés.

[54] Si certains estiment que ces activités devraient être exclus du champ d'application du décret tertiaire, d'autres estiment qu'il serait utile de définir des objectifs spécifiques en valeur absolue (en kWh/m²/an) pour ces activités comme prévu par le décret tertiaire. Le calcul de ces valeurs s'effectue au moyen d'études permettant de définir des niveaux acceptables de consommation selon l'activité tertiaire concernée. Ces valeurs sont ensuite précisées dans plusieurs « arrêtés valeurs absolues ». Les arrêtés valeurs absolues pour le secteur de la santé n'ont pas été publiés.

2.3 La baisse des consommations par m² de l'ordre de 20 % a permis de parcourir la moitié du chemin pour atteindre le jalon 2030 du décret tertiaire

[55] **L'étude de l'ADEME précitée estimait à 12 % la baisse de la consommation finale d'énergie par m² du secteur de la santé entre 1990 et 2015.** La baisse est plus marquée à partir des années 2003 (-1 % par an en moyenne) et le secteur de la santé suit globalement une trajectoire similaire aux autres secteurs tertiaires. 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.

Graphique 8 : Evolution des consommations finales d'énergie par m² du secteur tertiaire par branche



Source : ADEME 2018 d'après données CEREN

[56] **Cette baisse s'est accentuée ces dernières années, notamment dans le cadre de la mise en œuvre 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.

[57] A partir des 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 2022 et l'année de référence choisie par les établissements. Elle est même de l'ordre de 27 % pour les activités libérales spécifiques (ex. radiologie, laboratoire...).

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

Tableau 4 : 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

[59] Ces données s'appuient sur un échantillon substantiel de déclarations d'établissements sanitaires (2300 en moyenne sur les trois exercices) et d'établissements médico-sociaux (8100) en moyenne qui ne reflètent pas le nombre d'établissements répondants : un même établissement peut produire plusieurs déclarations d'activités (ex. bureaux, blanchisserie...).

[60] En procédant à une analyse plus fine des données d'OPERAT, on constate que les consommations techniques (ZEM, process...) influencent au final peu les consommations surfaciques moyennes des établissements : 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 moyennes par m² et donc sur le respect du décret tertiaire.

[61] 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.

[62] Ces résultats spécifiques sont toutefois à manier avec précaution compte tenu de la faiblesse des effectifs statistiques. 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.

Tableau 5 : Evolution de la consommation surfacique (en kWh/m²) des zones à énergie maîtrisée et des process

	Nombre de déclarations	Année de référence	2020	2021	2022	Taux d'évolution
ES- Soins et supports (tertiaires hors process et ZEM)	2277	299	253	261	245	-18 %
ES - Process - Blanchisserie	17	1057	882	809	822	-22 %
ES-Process-Cuisine centrale	15	591	501	505	774	31 %
ES- ZEM (blocs, salles blanches, laboratoires classés)	23	313	275	279	287	-8 %
ES- ZEM (stérilisation)	2	2198	1991	2080	2067	-6 %
EMS (tertiaires hors process et ZEM)	7845	200	168	179	165	-18 %
EMS-process -blanchisserie	55	334	239	263	327	-2 %
EMS-process-cuisine centrale	34	265	156	198	157	-41 %

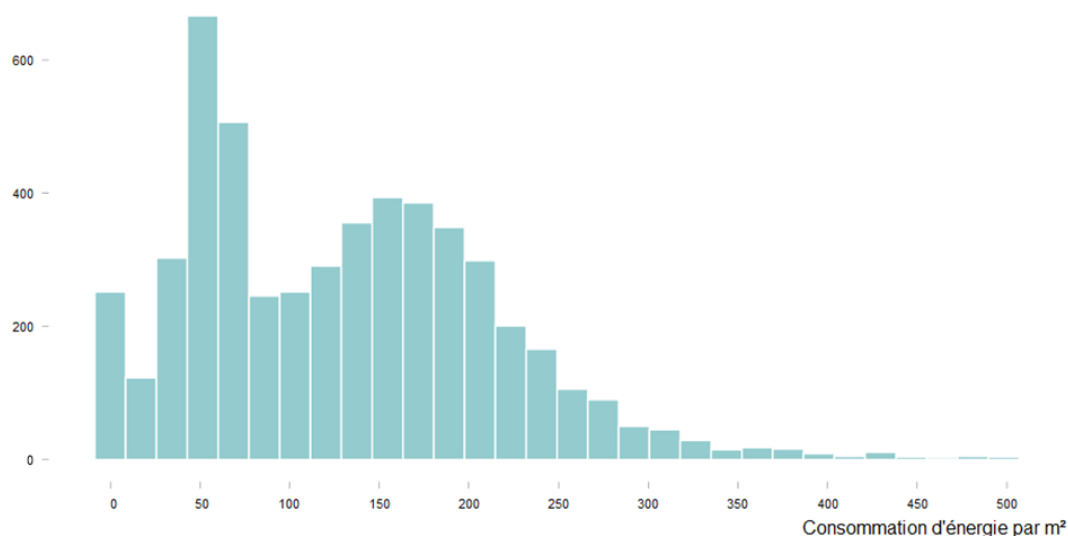
2.4 La consommation moyenne masque toutefois une forte hétérogénéité de la consommation entre les établissements

[63] 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. Les données ont été traitées pour écrêter les valeurs extrêmes. La consommation d'énergie moyenne des EHPAD est ainsi de 130 kWh/m². Cette valeur est légèrement inférieure à la moyenne issue de la base OPERAT mais portant sur l'ensemble des établissements médico-sociaux (165 kWh/m²).

[64] La distribution est relativement étendue, l'écart inter-quartile 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.

[65] Parmi eux, 46 soit 0.88 % de l'ensemble déclarent une consommation supérieure à 450 kWh/m² et sont donc considérés comme des passoires thermiques au sens de la réglementation. Plus de la moitié de ces EHPAD (29) sont chauffés au gaz, 1 à l'électricité, 3 par réseau urbain ou municipal de chaleur et 4 n'ont pas répondu. Par ailleurs, 3 sont chauffés au fuel et 6 au bois. Leur rénovation sera donc prioritaire. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire.

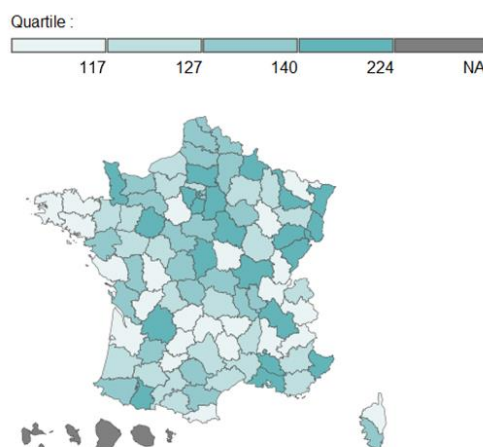
Graphique 9 : Distribution de la consommation énergétique des EHPAD (0-500 kWh/m²)



Source : Tableau de bord de la performance médico-sociale – traitement mission

[66] Cette hétérogénéité ne semble pas s'expliquer par des considérations géographiques ou climatiques comme en atteste la carte ci-dessous (donnée brute sans correction DJU⁵¹ en raison d'une trop grande disparité géographique).

Carte 1 : Distribution géographique de la consommation énergétique des EHPAD (0-500 kWh/m²)



Source : Tableau de bord de la performance médico-sociale – traitement mission

⁵¹ Le degré jour unifié (DJU) est la différence entre la température extérieure et une température de référence qui permet de réaliser des estimations de consommations d'énergie thermique

[67] S'agissant des établissements de santé, 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.

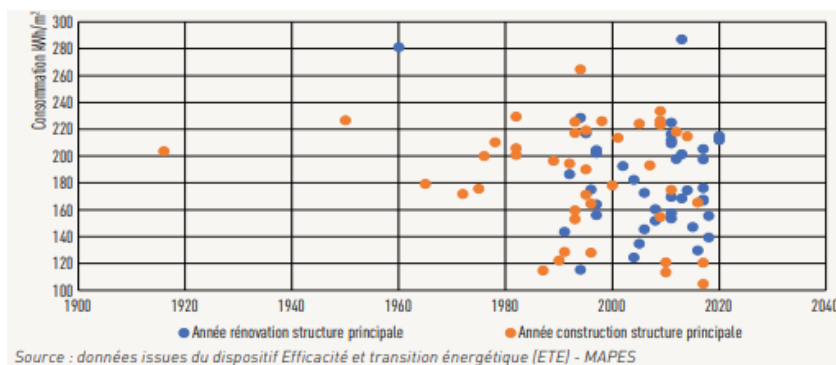
2.5 Aucune corrélation entre la consommation énergétique par m² et l'état du bâti n'a pu être mise en évidence

[68] La mission n'a pu mettre en évidence, à partir des données disponibles pour les établissements de santé et médico-sociaux, de corrélations directes entre la taille de l'établissement ou l'état du bâti et la consommation énergétique.

[69] S'agissant des EHPAD, il n'y a pas de corrélation entre la consommation énergétique et le nombre de lits, le type de fenêtre (simple vitrage ou double vitrage), le mode de chauffage ou encore le taux de vétusté du bâti. S'agissant des établissements de santé, aucune corrélation n'a été détectée entre la consommation d'énergie et le nombre de lits ou le taux de vétusté des établissements.

[70] Ces constats sont complémentaires à celui fait par la MAPES mettant en évidence l'absence de corrélation explicite entre consommation surfacique et rénovation/construction neuve.

[71] **Si de tels travaux améliorent sensiblement la performance énergétique du bâtiment, ils peuvent s'accompagner d'une évolution des usages spécifiques.** L'une des raisons fréquemment évoquées est que les structures hospitalières neuves ou rénovées sont plus consommatrices d'énergies en raison de l'installation d'équipements plus énergivores (ex. climatisation) et des normes d'hygiène et de traitement d'air plus contraignantes applicables aux plateaux techniques.



[72] L'absence de corrélations directe traduit le fait que les sources de pertes d'énergie au sein des établissements sont multiples, selon une combinaison propre à chaque établissement.

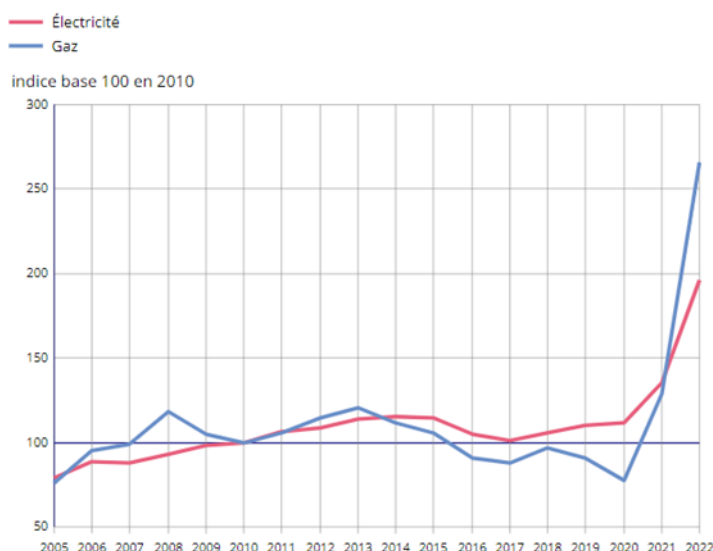
[73] **Les actions de rénovation énergétique des bâtiments passent donc nécessairement par un état des lieux préalable des consommations et concernent aussi bien la rénovation énergétique des systèmes et des bâtiments que l'efficience et la qualité de l'exploitation.**

2.6 L'augmentation du coût de l'énergie depuis deux ans a annulé les gains liés aux économies d'énergie

[74] Selon une étude de la conférence des DG de CHU⁵², les dépenses énergétiques des CHU représentaient en moyenne 1,5 % de leur budget de fonctionnement en 2018, ce qui correspondait à 23,40 €/m². Ces moyennes masquaient de fortes disparités entre les CHU que le facteur climatique ne peut expliquer entièrement. Le coût global variait en effet de 18 €/m² à 39 €/m².

[75] Or le prix de l'électricité a augmenté de 28 % entre 2018 et 2021 et celui du gaz de 32 % au cours de la même période, selon l'Insee. Selon des données provisoires, ces prix auraient augmenté respectivement de 85 % et de 175 % entre 2018 et 2022. 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.

Graphique 10 : Evolution des prix de l'électricité et du gaz entre 2005 et 2022



Source : Insee⁵³

Note de lecture : les données 2022 sont provisoires. Le champ de l'étude comporte les établissements de 20 salariés ou plus de l'industrie, hors industrie de l'énergie et artisanat

[76] La mission a établi les tendances de dépenses énergétiques de 200 établissements de santé sur la période 2014 – 2022 à partir des données Diamant. Ces établissements ont été choisis parce que leurs données sont disponibles et non nulles sur l'ensemble de la période. **Entre 2021 et 2022, les coûts de l'énergie dans ces établissements ont augmenté 15 %, soit beaucoup moins que la hausse des prix de l'énergie ce qui tendrait à que les efforts de sobriété pendant l'hiver 2022 ont permis de compenser une partie de la hausse des coûts.**

⁵² Guide méthodologique de la performance énergétique des hôpitaux - Commission Ingénierie et Architecture de la conférence des DG de CHU – version 2020

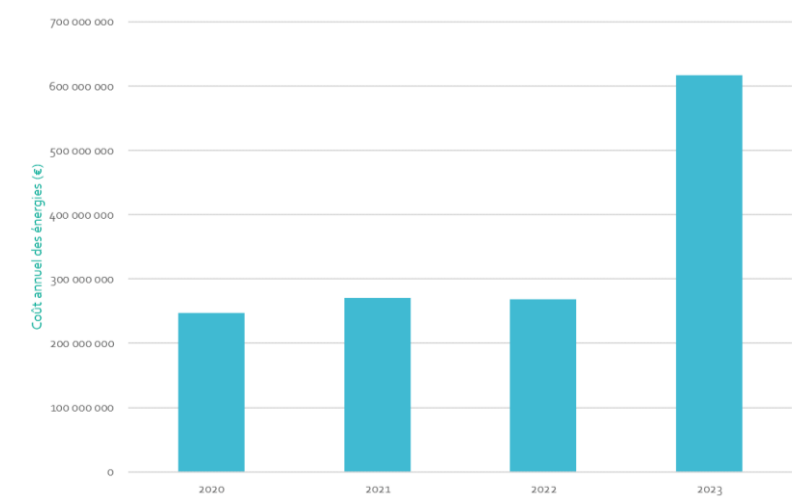
⁵³ Insee Première • n° 1952 • Juin 2023

[77] En 2022, la dépense énergétique a atteint 903 M€ pour les 557 établissements de santé publics ayant rempli les données dans Diamant. Extrapolée aux 1347 établissements, indépendamment de leur taille, **la dépense énergétique des établissements publics de santé serait donc de 2,2 Mds€ en 2022. 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).

[78] **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.

[79] **La hausse des prix de l'énergie a annulé les économies que les établissements auraient pu enregistrer grâce à la réduction des consommations.** Entre 2020 et 2023, les CHU ayant répondu à l'enquête ont enregistré une baisse de l'ordre de 30 kWh/m² des consommations des établissements de santé, soit 11 %. Au tarif 2020, ils auraient ainsi économisé 26 M€ par an par le biais des gains énergétiques enregistrés.

Graphique 11 : Dépenses énergétiques annuelles de 22 CHU



Source : Conférence des DG de CHU

[80] 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). Dans le même temps, les énergies renouvelables et les réseaux de chaleur urbains ont subi des hausses de tarifs plus modérés.

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

[82] 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.

3 La transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux doit s'inscrire dans une démarche de priorisation des actions et des investissements

3.1 L'hétérogénéité des établissements implique des actions différenciées à partir d'études menées pour chaque bâtiment

[83] **Le parc immobilier des établissements sanitaires et médico-sociaux est constitué d'une grande diversité de types de bâtiments impliquant des contraintes techniques, des gisements et des solutions de décarbonation différentes.**

[84] A titre d'exemple, la performance énergétique des bâtiments construits avant les premières réglementations environnementales en 1974 est moins bonne que celle des bâtiments comparables construits dans les années 2000. Les premiers bâtiments représentent donc un potentiel de gain énergétique plus important en cas de rénovation globale plus important que les seconds, même si l'atteinte de la neutralité carbone à 2050 implique tout de même une décarbonation du chauffage des seconds.

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

[86] Il convient également de tenir compte du statut du bâtiment. **Les établissements qui sont locataires de leurs bâtiments sont tributaires de leurs propriétaires**, auxquels incombent les principaux travaux de rénovation énergétique, notamment ceux portant sur l'enveloppe du bâtiment.

[87] **Plusieurs 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 économes 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...).

[88] **La définition des actions à mener doit nécessairement s'appuyer sur un état des lieux précis des bâtiments (nombre, surface, consommation, usage, vétusté).**

PrioRéno Bâtiments publics

Développé par la Banque des Territoires en partenariat avec Enedis et GRDF, PrioRéno Bâtiments publics est un service digital mettant gratuitement à disposition des collectivités du territoire métropolitain, une vision cartographique de leur parc de bâtiments publics et de leurs consommations énergétiques d'électricité et de gaz, bâtiment par bâtiment. Plus de 500 000 bâtiments publics sont recensés en France.

PrioRéno vise à faciliter la décision en identifiant automatiquement les 10 à 20 % de bâtiments du parc sur lesquels mener en priorité les opérations de rénovation énergétiques.

Selon la Banque des Territoires, ce dispositif est accessible au parc des établissements sanitaires et médico-sociaux pour prioriser les opérations de rénovation énergétique à mener.

[89] **La mise en place d'un plan de comptage**, permettant de mesurer finement les consommations énergétiques grâce à des compteurs installés aux endroits appropriés constitue souvent un prérequis indispensable pour identifier les gisements d'économie et des actions d'optimisation simples à mettre en œuvre. **Des audits énergétiques** peuvent également être menés pour les bâtiments les plus importants ou les plus énergivores.

[90] Ces éléments peuvent servir à élaborer ou actualiser **le schéma directeur immobilier** et élaborer des scénarios (extension, mutualisation, démolition reconstruction) prioriser et programmer les actions à court, moyen, long terme.

[91] La réalisation d'un **schéma directeur immobilier et énergétique (SDIE)** apparaît comme un préalable nécessaire pour programmer, de manière pluriannuelle, les investissements liés à l'évolution des usages et à l'efficacité énergétique des bâtiments.

3.2 Les actions de sobriété et d'optimisation des systèmes et équipements peuvent permettre de faire jusqu'à plus de 30 % d'économie d'énergie

[92] **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.**

[93] **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 tertiaire⁵⁴.** A titre d'exemple, des actions de sensibilisation des personnels peuvent selon l'ADEME faire gagner 5 % d'économie d'énergie.

[94] **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.

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

[96] **C'est la raison pour laquelle la mise en place du réseau des conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES) a été unanimement appréciée par les interlocuteurs de la mission.**

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

[98] **Ce réseau peut 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 %.

[99] **En particulier les CTEES peuvent également accompagner les établissements dans le choix d'investissement à ROI rapide (<5 ans),** tels que le relamping LED, l'isolation des combles ou le calorifugeage des réseaux.

[100] **Sous ces conditions, le premier jalon du décret tertiaire (-40 % de consommations par rapport à l'année de référence retenue) pourrait être atteint par un grand nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux sans effectuer de travaux lourds de rénovation.** La cible sera a priori plus difficile à atteindre pour les établissements de santé, compte tenu de leurs activités spécifiques dans les zones à énergie maîtrisée notamment.

⁵⁴ France Stratégie - Les coûts d'abattement Partie 5 – Logement -Rapport de la commission présidée par Patrick Criqui – Novembre 2022

Exemple d'investissement à gain rapide : le renouvellement de l'éclairage au CHRU de Lille

Le CHRU a procédé en 2018 à une opération de renouvellement de l'éclairage dans les circulations par la mise en place de luminaires (« Relamping LED »). Plus de 10 000 luminaires ont été remplacés par les agents de maintenance du CHRU, pour un budget global d'environ 155 K€ pour les fournitures et de 60 k€ pour la pose. Des dossiers de Certificats d'économie d'énergie (CEE) ont contribué à hauteur de 9 % au financement de l'opération.

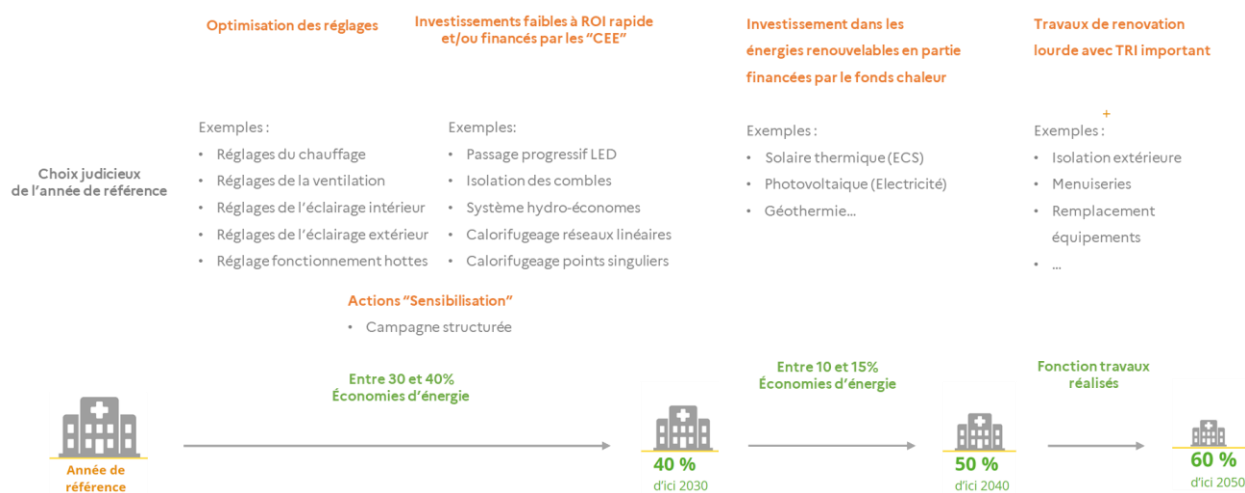
Cette opération a permis une baisse de 50 % de la consommation sur l'usage éclairage soit environ 170 K€ TTC par an. Le retour sur investissement a été atteint au bout de 11 mois. Par ailleurs la durée de vie des luminaires Led est largement supérieure aux luminaires ancienne génération, ce qui permet de réduire les coûts de maintenance dans la durée.

Source : CIA (2020)

3.3 Des opérations de rénovation lourde seront nécessaires pour atteindre les objectifs du décret tertiaire

[101] 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.

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



Source : MAPES

[102] La mission a procédé à une estimation globale du coût de la rénovation énergétique du parc immobilier des établissements sanitaires et médico-sociaux (cf. annexe 7). Une planification des travaux est nécessaire pour lisser dans le temps les investissements financiers importants et le pilotage humain qu'ils supposent.

La démarche de planification du groupe Ramsay et de la Croix Rouge Française

Hormis les investissements courants (ex. maintenance du bâtiment, renouvellement parc biomédical), la gestion du patrimoine immobilier est centralisée au siège du groupe. Le parc est constitué d'environ 1,3 Mm², dont un quart environ en propriété.

Pour anticiper les opérations de rénovation énergétique nécessaires à la mise en œuvre du décret tertiaire, le groupe a lancé un cycle d'audits énergétiques dans l'ensemble de ses sites. Ces audits permettent de dresser un état des lieux patrimonial et énergétique du parc immobilier.

Une priorisation des investissements sera établie sur la base de cet état des lieux à partir d'une analyse multicritères, intégrant notamment le gain énergétique potentiel, le coût budgétaire des travaux et les retours sur investissement.

Sur la base des résultats des premiers audits, le montant des investissements nécessaires est estimé à 250 M€ dont la moitié environ pour l'isolation de l'enveloppe.

Les retours sur investissement sont plus intéressants pour les équipements (ex. production de chaud, de froid et de traitement d'air), en particulier le raccordement à un réseau de chaleur urbain ou le déploiement de pompes à chaleur pour le circuit froid. Les travaux d'isolation peuvent permettre des gains énergétiques conséquents sur les bâtiments les plus anciens.

Le groupe Ramsay estime ainsi que le renouvellement intelligent de certains équipements doit permettre d'atteindre le premier jalon du décret tertiaire.

S'agissant des bâtiments pour lequel il est locataire, les travaux sur l'enveloppe relèvent du bailleur, alors que le renouvellement des équipements de production est plutôt de la responsabilité du locataire. L'impact des travaux à la charge du propriétaire sur les loyers n'est pas encore connu.

La Croix-Rouge française a engagé une démarche similaire à celle du groupe Ramsay. Elle a procédé à l'audit de l'ensemble de ses structures de plus de 500 m² sous deux formes, un audit énergétique et thermique et un autre de patrimoine, le but étant d'évaluer l'état du patrimoine en termes d'étiquette énergétique et d'émission de GES.

Une typologie de travaux à conduire en fonction de leur durée et de l'ampleur des investissements a été construite. Elle va de travaux simples consistant à faire de l'efficacité énergétique et permettant de piloter les consommations jusqu'aux travaux au-delà de 10 ans devant faire l'objet d'arbitrage budgétaire en fonction de leur rentabilité.

[103] Si les opérations de rénovation énergétique répondent au besoin de réduire la consommation d'énergie et les émissions de CO₂ des bâtiments, elles doivent également répondre aux autres enjeux du changement climatique (confort d'été, exposition aux risques...). L'adaptation du bâti et de la ventilation doit notamment permettre d'anticiper la demande croissante pour les systèmes de climatisation.

[104] Pour répondre à ces différents besoins, les études suggèrent de privilégier des opérations de rénovation globale incluant les 6 postes suivants pour optimiser la performance énergétique

globale du bâtiment : isolation des murs, des planchers bas et de la toiture, remplacement des menuiseries extérieures, ventilation et production de chauffage/eau chaude sanitaire⁵⁵.

[105] Dans les cas où la rénovation globale n'est pas possible, il est préconisé de limiter à deux ou trois étapes le parcours de rénovation, en privilégiant le remplacement des systèmes de production et de ventilation qui présentent des taux d'abattement plus importants.

[106] **Les établissements rencontrés par la mission confirment les coûts importants liés à la rénovation énergétique.**

[107] Certaines opérations (ex. remplacement des centrales de traitement d'air, installations de panneaux photovoltaïques, raccordement à des réseaux de chaleur urbains...) présentent des retours sur investissement généralement compris entre 5 et 10 ans.

[108] En revanche **l'isolation des bâtiments et le remplacement des systèmes de production présentent des coûts élevés que les économies d'énergie générées en exploitation ne permettent pas d'amortir en particulier dans le contexte inflationniste actuel, ou seulement sur de très longues périodes.** D'autre part, la mise aux normes des structures hospitalières neuves ou rénovées, et notamment les plateaux techniques, sont plus consommatrices d'énergies en raison des normes d'hygiène et de traitement d'air plus contraignantes. **Le retour sur investissement est ainsi supérieur à 25 ans.**

Tableau 6 : Délais de retours sur investissement des opérations de rénovation énergétiques du CHU de Montpellier

Axes SDE	TTC	Délai de retour sur investissement	Période de réalisation	Plan d'investissement
Photovoltaïque (9200 m ² - 1700 KWc)	3 972 000€	7 ans	2025-2027	Hors PPI
Isolation thermique par l'extérieur	14 400 000€	Sup 30 ans	2025-2026	Intégré
Production de chaleur ou de froid	2 880 000€	Sup 20 ans Sup 30 ans	2025-2026	Hors PPI
Capteurs solaires	1 200 000€	Sup 25 ans	2025-2027	Hors PPI
Menuiseries extérieures	8 400 000€	Sup 30 ans	2024-2030	Intégré
Raccordement réseau de chaleur urbain	5 000 000€	/	2025	Hors PPI
TOTAL	35 852 000€			

Source : CHU Montpellier

[109] **Les travaux d'isolation des bâtiments représentent une dépense très élevée pour les établissements en raison du coût unitaire et de la surface des bâtiments.**

[110] **En outre, au-delà de l'enjeu énergétique, la rénovation peut également porter un enjeu patrimonial** et être l'occasion de repenser la fonctionnalité, l'accessibilité, la sécurité du bâtiment. C'est notamment le cas des bâtiments qui peuvent présenter des problèmes de vétusté, d'inconfort ou encore d'inadaptation aux nouveaux modes de vie et de travail. Selon les données de la base OSCIMES, il existe une grande variabilité des coûts et des temps de retour en fonction des situations de référence. La rénovation totale d'un bâtiment coûte environ 1650-1800 €/m², dont la part relative à la rénovation énergétique.

⁵⁵ France Stratégie – Les coûts d'abattement Partie 5 – Logement -Rapport de la commission présidée par Patrick Criqui – Novembre 2022

[111] L'importance du coût de la rénovation énergétique explique en partie que les établissements hésitent aujourd'hui à investir dans ces travaux qui sont très peu rentables du point de vue strictement économique.

Le fonds d'amélioration de l'efficacité énergétique du NHS

Un fonds doté de 49 M£ a été mis en place en 2013-2014 par le département de la santé britannique pour améliorer l'efficacité énergétique des hôpitaux relevant du National Health Service (NHS).

Ce fonds a financé 117 projets dans 48 établissements du NHS.

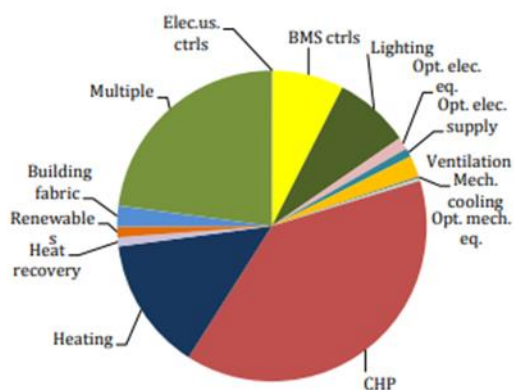


Figure 1 Allocation of funding according to project type⁴ - (Total value £49m)

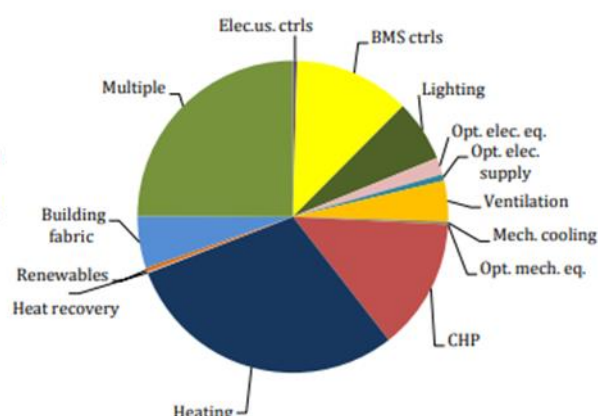


Figure 2 Predicted energy savings in kWh per project type in first year - (Total 160 million kWh)

Selon l'évaluation menée, les actions mises en œuvre par ce fonds ont permis d'économiser 100 000 T de CO₂ par an, soit environ 2,4 % de l'ensemble des émissions de gaz à effet de serre du parc immobilier du NHS en 2012, et de générer des économies d'énergie annuelles de 160 000 MWh.

Source : UK Department of health⁵⁶

4 Les aides à la rénovation énergétique sont nombreuses, méconnues et ne couvrent pas la majeure partie des dépenses

[112] Les dispositifs de financement de la rénovation énergétique des bâtiments sont relativement nombreux et portés par des acteurs diversifiés. Différents types de financement peuvent être mobilisés, en fonction de l'étape à laquelle se situe le projet de réhabilitation (étude, conception, travaux).

[113] Les établissements rencontrés par la mission ont fait état d'un déficit d'information sur les dispositifs ouverts aux établissements sanitaires et médico-sociaux et sur leurs conditions

⁵⁶ Departement of health - NHS Energy Efficiency Fund - Final Report – Summary - February 2015

d'éligibilité. Ils évoquent à ce propos « le maquis » des aides disponibles. Le site Aides Territoires (<https://aides-territoires.beta.gouv.fr/>) n'est pas connu des établissements.

[114] **Ils soulignent également la complexité des démarches à accomplir pour accéder aux aides.** Les aides disponibles portent souvent sur des montants modestes mais sont cumulables, impliquant malgré tout de rédiger un dossier particulier pour chaque demande.

[115] **La mission estime que le calibrage des aides existantes est insuffisant au regard des montants à mobiliser et un dispositif de soutien complémentaire s'avère nécessaire.**

4.1 Les subventions fléchées vers la rénovation énergétique sont diversifiées et peuvent se cumuler

4.1.1 Les appels à projet de l'ADEME sont peu utilisés par les établissements sanitaires et médico-sociaux

[116] **Le Fonds Chaleur de l'ADEME vise à encourager le remplacement d'installations consommant des énergies fossiles** par la mise en place d'équipements de production de chaleur et de froid renouvelables utilisant la biomasse, la géothermie, le solaire, le biogaz et les énergies de récupération, couplés à des réseaux de chaleur et de froid. **Il est doté à hauteur de 820 M€ en 2024, contre 520 M€ en 2023.**

[117] **Le fonds Chaleur attribue des aides à l'investissement jusqu'à 65 % du coût de l'installation, à partir d'appels à projets nationaux ou régionaux.** Les taux sont calculés au cas par cas, en fonction du projet et de la source d'énergie renouvelable mobilisée. **Il peut également attribuer des financements pour les études préalables à un projet de développement d'énergies renouvelables** (ex. mise en place d'un système de management de l'énergie, développement ou raccordement à un réseau de chaleur, missions d'assistance à maîtrise d'ouvrage).

[118] **Les aides Fonds Chaleur sont généralement compatibles avec d'autres aides (ex. fonds FEDER, dispositif CEE, aides ou dotations locales...).**

[119] **Les établissements de santé et médico-sociaux ont capté 13 M€ du fonds chaleur entre 2018 et 2023**, soit entre 1,5 et 2 M€ par an, à l'exception de l'année 2022 où 5 M€ ont été reçus dans ce cadre. L'aide moyenne reçue au titre du fonds chaleur est de l'ordre 73000 € pour un établissement de santé et de 25 000 – 30 000 € pour un établissement médico-social.

[120] **Le fonds chaleur est ainsi sous-utilisé par la santé.** Les établissements de santé et médico-sociaux captent à peine 1 % du fonds chaleur, alors qu'ils couvrent 12 % des consommations d'énergie du secteur tertiaire. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat : d'un côté les établissements sanitaires et médico-sociaux ne constituent pas la cible prioritaire de l'ADEME définie dans son contrat d'objectifs et de performance (COP) 2020-2023 et, d'un autre côté, les établissements méconnaissent ce dispositif et estiment, pour certains, que les montants d'aides sont insuffisants au regard de la procédure d'attribution.

Tableau 7 : Montant des aides attribuées par le fonds chaleur de l'ADEME aux établissements sanitaires et médico-sociaux entre 2018 et 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total 22018-2023
ES	677 260 €	1 821 997 €	1 198 058 €	596 850 €	4 583 713 €	776 567 €	9 654 445 €
EMS personnes âgées	164 324 €	482 692 €	694 988 €	533 148 €	262 023 €	736 233 €	2 873 408 €
EMS personnes handicapées	87 555 €	79 402 €	30 246 €	5 000 €	233 345 €	59 929 €	495 476 €
Total	929 139 €	2 384 091 €	1 923 292 €	1 134 998 €	5 079 081 €	1 572 730 €	13 023 330 €

Source : ADEME ; traitement mission

[121] L'ADEME peut également financer la réalisation de Schéma directeur immobilier et énergétique (SDIE), à hauteur de 50 % plafonné à 20 000 € et l'AMO pour les rénovations énergétiques globales avec Contrat de Performance Énergétique, à hauteur de 50 % plafonné à 100 000 €.

4.1.2 Les certificats d'économie d'énergie (CEE) financent une large palette de travaux de rénovation mais leur montant est difficile à estimer a priori

[122] La valorisation des certificats d'économies d'énergie (CEE) permet d'apporter un financement de certaines standardisées d'économies d'énergie synthétisées dans les fiches CEE : <https://www.ecologie.gouv.fr/operations-standardisees-deconomies-denergie>

[123] 57 types d'opérations de rénovation des bâtiments tertiaires peuvent ainsi être susceptibles d'être financés.

[124] Les fournisseurs d'énergie sont en effet susceptibles de soutenir financièrement les maîtres d'ouvrage en achetant des certificats d'énergie. En réalisant différents travaux de rénovation énergétique (enveloppe, service, thermique) les établissements de santé et médico-sociaux peuvent réclamer une aide financière au PNCEE (Pôle National des CEE située à la direction générale de l'énergie et du climat).

Le dispositif des certificats d'économies d'énergie (CEE)

Le dispositif des certificats d'économies d'énergie (CEE), créé par les articles 14 à 17 de la loi n° 2005-781 du 13 juillet 2005 de programme fixant les orientations de la politique énergétique (loi POPE), constitue l'un des principaux instruments de maîtrise de la demande énergétique.

Ce dispositif repose sur une obligation triennale de réalisation d'économies d'énergie en CEE (1 CEE = 1 kWh cumac d'énergie finale) imposée par les pouvoirs publics aux fournisseurs d'énergie (les « obligés »). Ceux-ci sont ainsi incités à promouvoir activement l'efficacité énergétique auprès des consommateurs d'énergie : ménages, collectivités territoriales ou professionnels.

Les CEE sont attribués, sous certaines conditions, par les services du ministère chargé de l'énergie, aux acteurs éligibles (obligés, mais aussi d'autres personnes morales non obligées) réalisant des opérations d'économies d'énergie. Ces actions peuvent être menées dans tous les secteurs d'activité (résidentiel, tertiaire, industriel, agricole, transport, etc.), sur le patrimoine des éligibles ou auprès de tiers qu'ils ont incités à réaliser des économies d'énergie. Les obligés ont également la possibilité d'acheter des CEE à d'autres acteurs ayant mené des actions d'économies d'énergie, en particulier les éligibles non obligés. Ils peuvent aussi obtenir des certificats en contribuant financièrement à des programmes d'accompagnement.

Source : Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires

[125] **Les établissements de santé et médico-sociaux peuvent valoriser les CEE en leur nom propre ou contractualiser avec un prestataire.** Dans les deux cas, ce mécanisme s'avère complexe à mettre en œuvre sur le plan administratif, surtout pour les plus petits établissements.

[126] **En outre, il existe une forte incertitude sur le prix de cession des CEE. Le marché des CEE est plutôt volatile, ce qui rend difficile d'estimer a priori la part que pourront représenter les CEE dans le financement d'un projet de rénovation.**

[127] A titre d'illustration, le retour d'expérience en matière de valorisation de CEE par les collectivités réalisé par le CEREMA en 2022 met en évidence des montants moyens valorisés très variables (entre 8000 € et 2,5 M€), le nombre et le type d'opérations engagées pouvant également être facteurs de disparité⁵⁷. D'après l'ADEME, le taux de financement des travaux par les CEE est en moyenne de 10 % pour une rénovation globale.

⁵⁷ Financement de travaux de rénovation énergétique dans les bâtiments de collectivités – Résultats d'enquête sur le recours aux certificats d'économie d'énergie hors programme CEE, CEREMA, rapport d'étude 2022

4.1.3 Le programme ACTEE est ouvert aux établissements de santé et médico-sociaux dans les régions où une convention de partenariat est signée avec l'ARS

[128] ACTEE (Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Energétique) est un programme porté par la Fédération nationale des collectivités concédantes et régies (FNCCR). Son objectif, mettre à disposition des outils d'aide à la décision pour accélérer les projets de rénovation des bâtiments publics. Il est principalement destiné aux collectivités locales.

[129] **Ce programme est doté d'un budget de 220 M€ sur 3 ans (2024-2026), dont 200 M€ de fonds dédiés au financement de projets.** Ce programme est animé par 50 ETP. ACTEE a fait le choix de ne pas implanter de coordonnateurs locaux dans les territoires mais de mettre en place des chargés de mission territorialisés au niveau de son siège social.

[130] **En complément des opérations CEE standardisées, ACTEE fait partie des programmes CEE qui apportent une contribution financière non pas directement aux travaux mais aux actions d'information, de formation ou d'innovation en matière d'économie d'énergie.**

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 économes 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 médicosociaux (EHPAD, hôpitaux, structures handicap...) aux mobilités durables.

[131] **Le Fonds CHÊNE est le principal outil de financement du programme ACTEE+, ouvert jusqu'au 31 décembre 2026.** Ce dernier propose le financement de 5 lots :

- Recrutement d'économes de flux : techniciens et ingénieurs en énergie qui accompagnent les collectivités dans leurs projets de rénovation énergétique ;

- Acquisition d'outils : capteurs et logiciels de suivis de consommation afin de suivre ses consommations énergétiques. Etudes énergétiques afin de connaître son parc et de cibler ses travaux (Schémas Directeurs Immobilier Energie, audits énergétiques...) ;
- Maîtrise d'œuvre pour les travaux de rénovation énergétique ;
- Missions d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour des projets de rénovation énergétique (en particulier sur des sujets techniques, économiques et juridiques).

[132] **En fonction des lots, le financement s'opère entre 40 et 80 %.**

[133] **Des partenariats ont été noués avec les ARS de certaines régions, selon un principe de co-financement à parité (ex. Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne) pour permettre aux établissements de santé et médico-sociaux de participer aux appels à projets lancés par ce programme.** L'enveloppe santé disponible pour ce type de partenariats avec les ARS est de 6,5 M€ sur 3 ans. Des discussions sont en cours pour étendre ces partenariats aux régions Ile-de-France et Grand-Est.

4.1.4 Les établissements de santé et médico-sociaux peuvent également solliciter des subventions des collectivités locales, notamment dans le cadre des programmes FEDER

[134] **Les établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent également bénéficier de subventions d'investissement versées par les collectivités territoriales, notamment les régions dans le cadre du Fonds européen de développement régional (FEDER), doté de 9,1 Mds€ pour la période 2021-2027, et dont la rénovation énergétique de leurs bâtiments constitue un objectif prioritaire.**

[135] En outre les collectivités peuvent également décider de mettre en place des dispositifs de subventions pour soutenir financièrement les opérations de rénovation thermique des établissements sanitaires et médico-sociaux. En particulier des subventions peuvent être accordées pour faciliter le raccordement de ces établissements aux réseaux de chaleur urbains.

4.2 La Banque des territoires propose des prêts dont le taux dépend du niveau d'ambition environnementale du projet

[136] Au-delà des prêts bancaires classiques, des prêts peuvent être sollicités auprès d'acteurs tels que la Banque des territoires (BdT) ou encore la Banque Européenne d'Investissement (BEI).

[137] La Banque des territoires propose une offre de prêt au taux du livret A + 0,60 et/ou taux fixe, d'une durée 20 à 40 ans, pour financer les études ou les opérations de rénovation énergétique sur les bâtiments publics, y compris universités et hôpitaux, afin de réaliser un gain énergétique d'au moins 30 % après travaux. Les travaux sont financés jusqu'à 100 % du besoin. Le taux du prêt peut être ramené au taux du livret A + 0,40 en cas de projet plus ambitieux sur le plan environnemental.

4.2.1 Différentes modalités de financement par des tiers sont encouragées mais restent peu mobilisées par les établissements

4.2.2 Le dispositif Intracting de la Banque des territoires n'a pas été sollicité

[138] **Le dispositif Intracting de la Banque des territoires est un mode de financement des travaux d'efficacité énergétique amortissables en moins de treize ans et permettant de réduire les consommations.**

[139] **La banque octroie une avance remboursable** pour financer les besoins d'investissement nécessaires à la réalisation de travaux d'efficacité énergétique. Les économies d'énergie qui font l'objet d'un suivi technique et budgétaire analytique permettent de rembourser dans un premier temps l'avance de la Banque des territoires, et dans un second temps, de nouveaux travaux d'efficacité énergétique.

[140] Deux modalités existent :

- Intracting Classique : Taux à 0,25 % : les économies d'énergie remboursent le coût des travaux
- Intracting Sécurisé : Taux à 0 % : financement des travaux via un CPE avec un partage de la valorisation des CEE

[141] **Les échéances de remboursement de l'Intracting sont adaptées en fonction des économies d'énergie prévisionnelles**, du calendrier des différentes tranches de travaux et, si besoin, adaptables, en cas de décalage des économies constatées.

[142] **Toutefois, ce dispositif n'est pas adapté à tous les projets de rénovation/construction mais uniquement aux travaux génèrent suffisamment d'économies d'énergie pour rembourser le prêt sur sa maturité, c'est-à-dire des travaux à gains rapides de rénovation légère.** C'est la raison pour laquelle il est réservé aux travaux d'un montant compris entre 500 000 euros et 5 millions d'euros.

[143] **Selon la Banque des Territoires, le dispositif d'Intracting n'a pas encore été mobilisé par les établissements de santé** et médico-sociaux, alors que de nombreuses collectivités locales l'utilisent.

4.2.3 Les contrats de performance énergétique, encouragés par la puissance publique, n'a pas encore fait ses preuves auprès des établissements

[144] Le contrat de performance énergétique (CPE) est un contrat signé entre une société d'efficacité énergétique et le maître d'ouvrage d'un bâtiment. Il fixe un objectif d'efficacité énergétique afin de faciliter la réduction de consommation énergétique des bâtiments. Il se traduit par des investissements dans des travaux, qui peuvent concerner l'amélioration de l'efficacité énergétique d'équipements et/ou des systèmes de production et de consommation d'énergies. Ce type de contrat est conclu au périmètre d'un bâtiment ou de l'ensemble d'un parc de bâtiments.

[145] Le CPE repose sur une garantie de performance énergétique qui impose une obligation de résultat sur ses performances. Autrement dit, les performances énergétiques du bâtiment sont évaluées, avant et après les travaux, en suivant un protocole préétabli. La réalisation des actions d'amélioration s'accompagne d'une période d'exploitation-maintenance pendant laquelle la performance est mesurée et vérifiée. L'atteinte des engagements conditionne la rémunération de l'opérateur, qui peut être un groupement d'entreprises. En cas de non-respect des engagements contractualisés, des indemnités sont imputées à l'opérateur.

[146] **Selon l'Observatoire National des Contrats de Performance Énergétique (ONCPE), le nombre de CPE signés par les établissements de santé est faible : en 2022, seuls 5 % des 380 CPE publics identifiés concernaient des établissements de santé.** Les contrats signés visent majoritairement des travaux sur les systèmes de production et une réduction d'énergie de 30 % en moyenne, pour une durée d'engagement moyenne de 9,6 ans.

[147] **Les CTEES rencontrés par la mission indiquent que les établissements s'intéressent de plus en plus aux CPE.** Quelques retours d'expériences positifs (ex. CH de Cannes) semblent rassurants. Toutefois ce type de contrat est plutôt réservé aux gros établissements en raison de leur complexité technique et administrative. Il suppose de disposer de compétences internes pour piloter la maintenance et le contrat.

4.2.4 Le nouveau dispositif de tiers financement à paiement différé n'est a priori pas ouvert aux établissements sanitaires et médico-sociaux

4.2.4.1 La Loi n° 2023-222 du 30 mars 2023 vise à ouvrir le tiers financement à l'Etat, à ses établissements publics et aux collectivités territoriales pour favoriser les travaux de rénovation énergétique

[148] La loi crée un dispositif expérimental de 5 ans leur permettant d'étaler sur plusieurs années le remboursement de leurs investissements de rénovation énergétique.

[149] Concrètement, le mécanisme de tiers financement consiste à inclure un tiers dans le portage financier d'une rénovation énergétique de bâtiment, dans le cadre d'une offre complète. Le tiers réalise alors l'investissement, puis le bénéficiaire des travaux lui rembourse l'avance et les intérêts associés à compter de la date de livraison des travaux. L'idée est que ce tiers financement facilite la décision de réaliser des travaux de performance énergétique du point de vue économique et financier. Or, le Code de la commande publique ne permettait pas le paiement différé dans les marchés passés par l'État, ses établissements publics, les collectivités territoriales, leurs établissements publics et leurs groupements.

[150] L'expérimentation permet durant cinq ans de déroger aux articles L2191-2 à L2191-8 du Code de la commande publique pour les contrats de performance énergétique conclus sous la forme d'un marché global de performance pour la rénovation d'un ou plusieurs de leurs bâtiments. Le texte autorise les collectivités à lisser les paiements en se remboursant sur les économies d'énergie effectuées.

[151] Les cinq ans correspondent à la période pendant laquelle les personnes publiques concernées peuvent conclure de tels contrats, ceux-ci pouvant s'appliquer au-delà de cette période de cinq ans.

4.2.4.2 Les établissements publics de santé et médico-sociaux sont éligibles au dispositif

[152] La disposition législative ne vise pas explicitement les établissements de santé et médico-sociaux mais seulement ceux de l'Etat et ceux des collectivités territoriales : *« 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 »*⁵⁸.

[153] Il en est de même pour les établissements médico-sociaux sauf ceux relevant directement des collectivités territoriales.

[154] Toutefois, 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. En effet, depuis la loi du 21 juillet 2009 dite HPST et la modification de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique qu'elle a opéré, les établissements publics de santé qui, jusqu'alors, étaient des établissements publics locaux rattachés aux collectivités, sont devenus des établissements publics de l'Etat. Il en est de même pour les EHPAD publics soit rattachés à une collectivité territoriale soit à un établissement public de santé.

⁵⁸ Pour autant les dispositions de l'article 3, 9° introduit par amendement parlementaire mentionne les établissements de santé publics dans l'évaluation du dispositif par le Gouvernement : *« L'expérimentation prévue à l'article 1er fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation par le Gouvernement, qui remet au Parlement, dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les contrats conclus en application de l'article 1er. Ce rapport est mis à jour et à nouveau transmis au Parlement, au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation. Ce rapport examine notamment : (...)*

9° L'accompagnement des acheteurs publics, en particulier les collectivités territoriales et les établissements publics de santé, notamment pour la passation et l'exécution de ces contrats. »

ANNEXE 6 : Le réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)

ANNEXE 6 : LE RESEAU DES CONSEILLERS EN TRANSITION ENERGETIQUE ET ECOLOGIQUE EN SANTE (CTEES).....	150
1 LE DISPOSITIF DES CTEES SE DEPLOIE PROGRESSIVEMENT DANS LES TERRITOIRES.....	151
1.1 165 CONSEILLERS ONT ETE FINANCES DANS LE CADRE DU PLAN SEGR POUR ACCOMPAGNER LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX DANS LEUR TRANSITION ENERGETIQUE ET ECOLOGIQUE	151
1.2 LE DISPOSITIF DES CTEES EST PROGRESSIVEMENT MONTE EN CHARGE MAIS N'EST PAS ENCORE A L'OBJECTIF.....	152
1.2.1 75 % des postes sont pourvus début 2024 mais la pérennité du réseau reste fragile	152
1.2.2 Le dispositif a atteint la cible d'établissements accompagnés mais couvre moins de la moitié des établissements sanitaires et médico-sociaux	154
1.2.3 Chaque conseiller suit en moyenne une cinquantaine d'établissements, avec de fortes disparités territoriales.....	155
1.2.4 Les CTEES ont initié une démarche avec 61 % des établissements inclus dans le dispositif...156	
1.3 LES PREMIERS RESULTATS OBTENUS PAR CE RESEAU SONT ENCOURAGEANTS ET PERMETTRONT A TERME DE RENTABILISER LES POSTES.....	156
2 L'ANIMATION DU RESEAU DES CTEES REPOSE SUR L'ANAP AU NIVEAU NATIONAL ET DES COORDONNATEURS EN REGIONS.....	157
2.1 L'ANAP ASSURE L'ANIMATION DU COLLECTIF NATIONALEMENT	157
2.2 LES COORDONNATEURS REGIONAUX SONT UN MAILLON ESSENTIEL DU DISPOSITIF.....	158
3 LES OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU DECRET TERTIAIRE INCITENT A PROLONGER CE RESEAU AU MOINS JUSQU'EN 2027	159
3.1 LA FIN DES FINANCEMENTS NATIONAUX PREVUE FIN 2024 POURRAIT COMPROMETTRE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS FIXES DANS LE DECRET TERTIAIRE.....	159
3.1.1 L'interruption des crédits viendrait fragiliser grandement un réseau encore émergent	159
3.1.2 Les financements alternatifs n'ont pas la capacité à prendre le relais.....	160
3.1.3 La nécessaire constitution d'un guichet unique pour les établissements repose en tout premier lieu sur les CTEES.....	161
3.2 LA PROLONGATION DU RESEAU DEVRA S'INSCRIRE DANS LE CADRE D'UN PILOTAGE REGIONAL PLUS AFFIRME ET CONSTITUERAIT L'OPPORTUNITE DE DEPLOYER LES ACTIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA REGLEMENTATION ENVIRONNEMENTALE DANS SON ENSEMBLE	161
3.2.1 Il est proposé de renforcer le pilotage régional des CTEES via les ARS	161
3.2.2 La poursuite des financements pourrait permettre d'élargir les missions des CTEES aux investissements immobiliers et aux autres enjeux environnementaux	162

1 Le dispositif des CTEES se déploie progressivement dans les territoires

1.1 165 conseillers ont été financés dans le cadre du plan Ségur pour accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur transition énergétique et écologique

[1] La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont financé dans le cadre du Ségur de la santé le recrutement de 137 conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) et de 13 coordonnateurs régionaux de ce réseau. La DGOS et la CNSA cofinancent ce dispositif en mobilisant respectivement 8 M€ et 2 M€ par an via des crédits Ségur, jusqu'à fin 2024.

[2] Les CTEES accompagnent les établissements sanitaires et médico-sociaux de leur groupement pour réduire leur empreinte environnementale et notamment leurs consommations énergétiques. Coordonnés par l'ANAP, la cible affichée par les pouvoirs publics était d'accompagner près de 5 000 établissements.

[3] Les CTEES 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 consommations 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).

[4] Ce dispositif s'inspire des programmes de financements de postes d'économies de flux lancés à destination des collectivités locales :

- Les conseillers en énergie partagé (CEP) de l'ADEME est un dispositif de mutualisation des postes d'économies de flux pour les communes de moins de 10 000 habitants (généralement 1 ETP pour 30 000 habitants). Le CEP est salarié d'une structure tierce (association, syndicat mixte, intercommunalité). Ce programme a permis de subventionner 400 postes pour un coût de 2 M€ par an ;
- Les économies de flux financés par le programme ACTEE (Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Énergétique), porté par la Fédération nationale des collectivités concédantes et régies (FNCCR) a permis de créer 600 postes en 4 ans⁵⁹, soit dans

[5] Ces deux dispositifs prévoient une subvention pendant une période de 3 ans à l'issue de laquelle il est supposé que la preuve de l'intérêt du poste a été confirmée, la réduction des dépenses énergétiques permettant d'auto-financer le poste.

⁵⁹ Le programme ACTEE est un programme national s'inscrivant dans le dispositif des certificats d'économie d'énergie (CEE) – cf. annexe 5

[6] 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 prennent le relais des financements ensuite au regard des économies engendrées par les actions mises en œuvre par les conseillers.

[7] Le dispositif était calibré initialement sur le nombre de groupements hospitaliers de territoires (GHT), soit 137.

[8] 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.

[9] Dans le cadre d'un second appel à projet, la CNSA est venu financer 15 postes de plus, soit un potentiel de 152 conseillers financés au global auxquels s'ajoutent les 13 coordinateurs régionaux.

[10] Le coordinateur régional suit l'action des CTEES en conformité avec les conventions signées. Il assure un partage d'informations, de retours d'expérience entre conseillers et acteurs de la transition énergétique sur le territoire. Il coordonne aussi la création de contenus régionaux par et pour les CTEES et les établissements de la région. Il fait le lien avec l'ANAP.

1.2 Le dispositif des CTEES est progressivement monté en charge mais n'est pas encore à l'objectif

1.2.1 75 % des postes sont pourvus début 2024 mais la pérennité du réseau reste fragile

[11] L'ANAP a procédé à un état des lieux des recrutements des coordonnateurs régionaux et des CTEES au 10 février 2024 en décomptant par ailleurs les personnes ayant démissionné sur la période.

Tableau 1 : Recrutements des coordonnateurs régionaux et CTEES à février 2024

	Coordinateur	CTEES	Démissionnaire
Auvergne Rhône-Alpes	1	17	3
Bourgogne Franche-Comté	1	7	0
Bretagne	1	11	2
Centre Val de Loire	1	0	0
Corse	0	0	1
Grand Est	2	8	2
Guadeloupe	0	0	0
Guyane	0	1	0
Hauts de France	1	5	4
Ile de France	1	15	0
La Réunion	1	3	3
Martinique	nc	nc	nc
Mayotte	nc	nc	nc
Nouvelle-Aquitaine	2	10	3
Normandie	1	7	1
Occitanie	1	10	1
Pays de la Loire	2	4	2
Provence-Alpes Côte d'Azur	1	11	0
<i>National*</i>	1	5	0
Total	17	114	22

Source : ANAP

* Certaines structures médico-sociales comme Partage et Vie ont candidaté aux AMI CTEES et ont pu bénéficier du financement de conseillers compétents à l'échelle nationale pour les différents établissements du groupe.

[12] Au 10 février 2024, 131 coordinateurs et conseillers étaient en fonction. Ce décompte tient compte des postes financés en sus au niveau local. L'ANAP recense en effet 14 postes directement financés par les établissements ou par les ARS. Certaines régions indiquent en effet financer en sus des dotations nationales des postes complémentaires comme l'ARS Bourgogne Franche Comté avec le recrutement sur financement régional de 3 CTEES supplémentaires. De même certaines ARS ont conventionné avec le programme ACTEE pour co-financer des postes supplémentaires (ex. Pays de la Loire).

[13] En intégrant ces postes, l'ANAP présente un taux de recrutement à février 2024 d'environ 75 %. Ce taux de recrutement présente néanmoins certaines disparités régionales quand on la compare à la répartition initiale des conseillers.

[14] Toutes les régions métropolitaines disposent d'un coordinateur régional sauf la Corse. Aucune n'en dispose à l'Outre-Mer sauf la Réunion.

[15] Ce dispositif reste toutefois fragile. Seulement 42 % des conseillers étaient recrutés en CDI. Le nombre important de démissionnaires sur la période est probablement à mettre en relation avec la précarité des recrutements.

[16] La compétence « économe de flux » est en effet 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.

[17] 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.

[18] Lors de ses déplacements en région, la mission a effectivement pu observer que de nombreux postes étaient effectivement vacants et qu'il devenait parfois difficile de les pourvoir au vu des compétences recherchées et du cadre d'exercice de ces fonctions qui requiert une bonne connaissance du secteur de la santé, une réelle autonomie vis-à-vis des établissements et la capacité à porter des projets auprès d'eux. La précarité du dispositif conduisant à un grand nombre de recrutements à durée déterminée conduit à un certain turn-over sur les postes.

[19] Ce constat interroge également les filières de formation sur les enjeux de développement durable en santé. Les diplômés se développent mais nombreux sont les interlocuteurs rencontrés par la mission à appeler un développement des formations pour le champ de la santé et de l'autonomie.

1.2.2 Le dispositif a atteint la cible d'établissements accompagnés mais couvre moins de la moitié des établissements sanitaires et médico-sociaux

[20] 5253 établissements sanitaires et médico-sociaux sont déclarés couverts par le dispositif à fin 2023, contre 4652 fin 2022 soit une progression de 13 %. Le tableau présente la répartition régionale et par types d'établissements.

Tableau 2 : Nombre d'établissements couverts à fin 2023

	Nombre total d'établissements	Etablissements sanitaires	ESMS	Autres
Auvergne Rhône-Alpes	1021	286	719	16
Bourgogne Franche-Comté	211	66	143	2
Bretagne	310	25	274	11
Corse	0	0	0	0
Centre Val de Loire	104	18	80	6
Grand Est	307	156	134	17
Guadeloupe	4	0	4	0
Guyane	nc	nc	nc	nc
Hauts de France	186	41	141	4
Ile de France	550	183	333	34
La Réunion	135	11	119	5
Martinique	nc	nc	nc	nc
Mayotte	nc	nc	nc	nc
Nouvelle-Aquitaine	381	143	234	4
Normandie	388	180	190	18

Occitanie	624	163	445	16
Provence-Alpes Côte d'Azur	269	156	97	16
Pays de la Loire	343	15	324	4
<i>National</i>	<i>420</i>	<i>0</i>	<i>420</i>	<i>0</i>
Total	5253	1443	3657	153

Source : ANAP

[21] 70 % des structures accompagnées sont des établissements médico-sociaux.

[22] D'après l'ANAP, au vu des établissements couverts, 48 % des établissements de santé et 19 % des EMS sont couverts par le dispositif à fin 2023. Seule une minorité des établissements sont couverts, ce qui ne peut qu'engendrer des difficultés d'accès dans certains territoires à un CTEES.

1.2.3 Chaque conseiller suit en moyenne une cinquantaine d'établissements, avec de fortes disparités territoriales

[23] Sur la base des 114 CTEES en fonction, on peut estimer que chaque CTEES suit près de 50 établissements en moyenne.

[24] Ce taux présente de fortes disparités entre chacune des régions et au sein même d'une région. En région Auvergne-Rhône-Alpes par exemple, chaque conseiller accompagne entre 15 et 70 établissements selon l'ARS.

[25] Le déploiement du dispositif par appel à manifestation d'intérêt successif de la CNSA et de la DGOS présentait le mérite de fonctionner sur la base du volontariat mais ne peut que favoriser ce type de disparités territoriales.

[26] Par ailleurs, trois fonctionnements principaux coexistent en effet au sein de ce réseau :

- Le CTEES a été recruté par l'établissement support de groupement hospitalier territorial (GHT) et accompagne les établissements du GHT ;
- Le CTEES a été recruté par un gestionnaire d'établissements sanitaires et médico-sociaux qui avait candidaté pour un groupement d'établissement défini au moment de la candidature ;
- Le CTEES a été recruté par une association locale spécialisée sur les enjeux de transition énergétique et qui propose l'accompagnement gratuit du CTEES aux établissements qui les sollicitent.

[27] Cette dernière modalité est principalement celle offerte par les postes financés directement par les ARS afin de permettre aux établissements n'ayant pas été intégrés dans un groupement au sein des AMI nationaux de pouvoir bénéficier de ce dispositif.

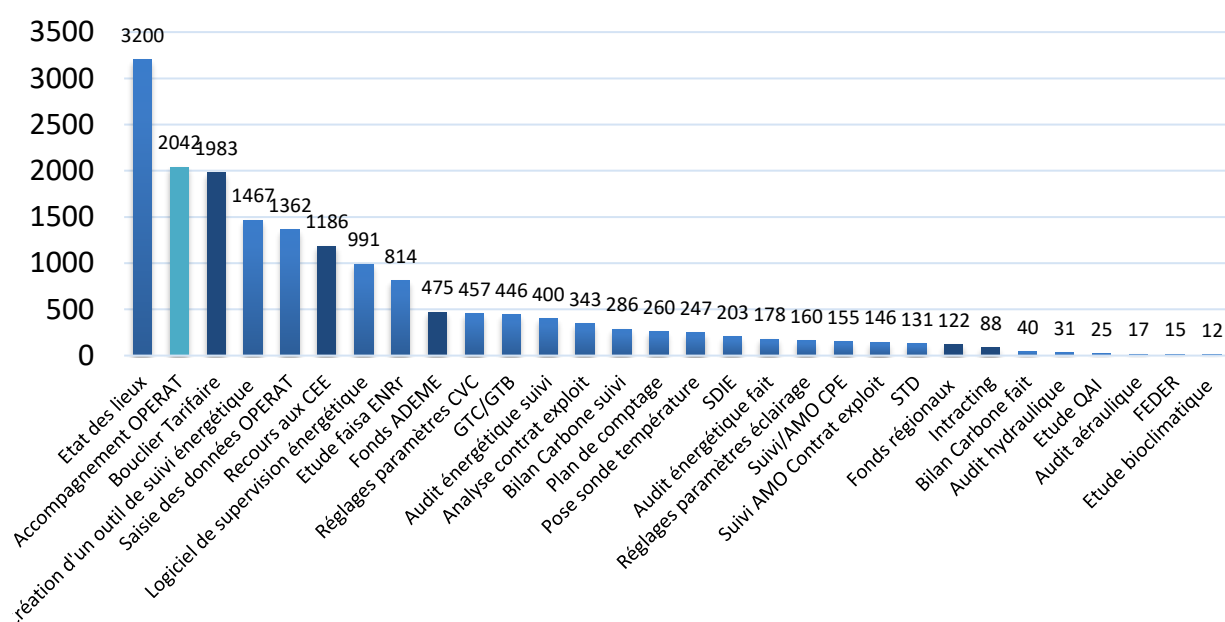
[28] La prise en charge des établissements ne peut être que progressive dans le temps. Le retour d'expérience en régions fait état de la capacité pour un conseiller d'accompagner 20 à 25 établissements en file active. La couverture des établissements affectés à un conseiller ne peut donc monter en charge que sur plusieurs exercices.

1.2.4 Les CTEES ont initié une démarche avec 61 % des établissements inclus dans le dispositif

[29] A fin 2023, 61 % des établissements couverts par le dispositif avaient initié leur démarche : 3200 établissements (sur 5253) avaient bénéficié a minima d'un premier état des lieux.

Au global, plus de 5500 visites de CTEES sont comptabilisées par l'ANAP. Elles embrassent un grand nombre de thématiques très majoritairement énergétiques (accompagnement dans le cadre du décret tertiaire et pour le dispositif OPERAT, bouclier tarifaire, création d'un outil de suivi énergétiques, recours aux CEE, logiciel de supervision énergétique, énergies renouvelables, bilan carbone...).

Graphique 1 : Actions des CTEES



Source : ANAP

1.3 Les premiers résultats obtenus par ce réseau sont encourageants et permettront à terme de rentabiliser les postes

[30] Parmi les établissements couverts par un CTEES, la mise en œuvre des actions à gains rapides au sein des établissements permet de mesurer un gain de consommation en énergie de 13 % par mètre carré entre 2021 et 2022, avec une meilleure connaissance par ailleurs des surfaces en augmentation de 10 % pour atteindre 25 millions de mètres carrés recensés en 2022 (tableau ci-dessous).

[31] Le suivi des consommations en eau, avec seulement 10 % des structures connaissant sa consommation en 2022, et la réalisation des bilans carbone avec seulement 11 % des bilans réalisés restent en revanche largement à développer. Compte tenu de la crise énergétique et du profil des CTEES, les actions prioritaires ont naturellement porté sur la réduction des consommations énergétiques.

[32] Ces résultats montrent que les économies d'énergie générées permettront de financer l'investissement initial pour constituer le réseau (11 M€/an). 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). Compte tenu du coût de l'énergie (87 €/GWh en moyenne pour les CHU en 2022), une économie de 71 M€ est attendue de l'action des CTEES.

Tableau 3 : Bilan de la campagne 2022 des CTEES

	2021	2022	RESULTATS
Finess géographique couverts	3664	4355	+19%
Surface connue	65% 23 743 896 m ²	70 % 25 638 990 m ²	+ 10% par rapport au même parc en 2021
Consommation énergétique	<20% 4119 GWh	37% 4274 GWh	+ 17% par rapport au même parc en 2021
Efficacité du programme*	246 kWh/m ²	215 kWh/m ²	- 13% de consommation énergétique
Eau		Seulement 10 % connaît sa consommation	
Carbone	34% soumis 21% non 45 % ne sait pas	11% des données sur le scope 1 et 2 6% sur le scope 3	

Source : ANAP

2 L'animation du réseau des CTEES repose sur l'ANAP au niveau national et des coordonnateurs en régions

2.1 L'ANAP assure l'animation du collectif nationalement

[33] L'ANAP coordonne au niveau national les actions des CTEES. Elle réunit les coordinateurs régionaux et propose également des réunions plénières associant tous les CTEES.

[34] Au vu des ordres du jour, les rencontres mensuelles des coordinateurs régionaux permettent de partager des retours d'expérience, d'assurer une veille réglementaire et de coconstruire les outils de l'ANAP. Des groupes de travail sont organisés sur les financements susceptibles d'être mobilisés, sur des sujets davantage techniques comme le confort d'été par exemple, ou plus globalement sur l'animation du réseau des CTEES en régions (cadre des missions, communication et sensibilisation des décideurs...).

[35] Des réunions plénières des CTEES sont également organisées régulièrement à distance et de manière plus espacées lors de journées nationales pour assurer une montée en compétence homogène des conseillers et leur bonne intégration dans le réseau. Les formations et échanges sont techniques et financiers (utilisation des CEE, système de management des énergies, aides de l'ADEME...) mais aussi managériaux (missions des CTEES, outils ANAP à disposition...).

2.2 Les coordonnateurs régionaux sont un maillon essentiel du dispositif

[36] Le dispositif financé par le niveau national repose sur l'identification de coordonnateurs régionaux chargé de piloter le dispositif en régions. Ils ont pour mission d'appuyer l'action des CTEES en termes d'ingénierie pédagogique et mettre en réseau les établissements bénéficiant de leurs interventions. Les coordinateurs régionaux sont aussi appelés à déployer plus localement, en lien avec les ARS, des actions de sensibilisation des professionnels à la maîtrise de l'énergie. Ils effectuent une veille technique et règlementaire, en lien avec le national au bénéfice des CTEES et des établissements avec lesquels ils ont de fréquentes interactions.

[37] L'animation régionale permet également de fédérer les réseaux des CTEES avec d'autres ressources identifiées localement au sein des collectivités territoriales ou de l'ADEME (conseillers en énergie partagés) et de mettre à la disposition des établissements une vision des financements susceptibles d'être mobilisés (financements nationaux et locaux).

[38] Lors de ces déplacements, la mission a pu mesurer le fort intérêt de cette animation régionale par nature plus quotidienne et opérationnelle que celle faite au national. C'est notamment le cas de la MAPES en Pays de la Loire (cf. encadré). Dans les autres régions, le coordinateur régional est le plus fréquemment rattaché à un établissement sanitaire établissement support de GHT ou plus exceptionnellement directement à l'ARS (Auvergne Rhône-Alpes).

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

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

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 réaliser le bilan carbone de l'établissement et son plan de transition mais aussi d'assurer la montée en compétences des professionnels pour qu'ils aient la capacité de réaliser leur bilan carbone en autonomie. Un bureau d'étude a été retenu par la MAPES en appui aux établissements.

Ce dispositif se décline pendant un an pour accompagner l'établissement, qui doit être représenté par un binôme direction/opérationnel pour qu'il puisse réaliser son bilan carbone. Sur la base du bilan, un plan d'action est établi pour diminuer l'empreinte carbone de l'établissement. Pour chaque action, la quantité évitée de gaz à effet de serre est définie à court (2025), moyen (2030) et long terme (2050). Le plan de transition est ainsi chiffré en émission de gaz à effet de serre.

La dizaine de structures accompagnées en 2023 sont de tailles hétérogènes avec des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux. Le dispositif se poursuit en 2024.

La MAPES souhaite développer ses actions en matière de décarbonation sur l'alimentation et la restauration.

En matière d'efficacité et de transition énergétique, la mission ETE de la MAPES bénéficie d'un co-financement par l'ARS et le programme ACTEE. Cette mission accompagne les établissements pour structurer une démarche d'efficacité énergétique simple avec des actions rapides pour permettre des économies d'énergie efficaces (cf. infra). Elle s'appuie sur des Accompagnements individuels « Terrain », des formations « Montée en compétences » et des accompagnements collectifs entre établissements de la région.

L'accompagnement peut aussi être financier pour permettre des études techniques ou outiller les installations et les services de maintenance. La MAPES appuie les établissements pour l'élaboration de leur plan d'action énergétique avec priorisation dans une première phase d'accompagnement des actions à faible investissement et/ou avec un retour sur d'investissement très rapide.

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. Ces chiffres illustrent la capacité des conseillers à déployer leurs actions auprès d'un nombre important d'établissements mais avec la nécessité que cela s'inscrive dans le temps.

3 Les objectifs fixés dans le cadre du décret tertiaire incitent à prolonger ce réseau au moins jusqu'en 2027

3.1 La fin des financements nationaux prévue fin 2024 pourrait compromettre l'atteinte des objectifs fixés dans le décret tertiaire

3.1.1 L'interruption des crédits viendrait fragiliser grandement un réseau encore émergent

[39] En tant que crédits d'amorçage, les aides financières associées à cette mesure ne sont pas pérennisées au-delà de 2024. Ces crédits avaient vocation à créer une impulsion pour constituer un réseau territorial de compétences en prise directe avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Les pouvoirs publics envisagent que les financements de ces postes soient intégrés dans le fonctionnement normal des établissements à compter de 2025, autofinancés grâce aux plans d'action mis en œuvre.

[40] Dans le questionnaire adressé aux ARS, la très grande majorité d'entre elles soulignent la fragilité du dispositif et identifier comme risque la rupture de financement devant intervenir fin 2024.

[41] Le réseau des CTEES est encore en phase de montée en charge en 2023. L'interruption des financements fragiliserait grandement cette dynamique alors que de premiers gains sont engrangés. Le quantum de démissions avec un fort volant de CDD illustre d'ores et déjà les difficultés, dans un contexte de concurrence accrue sur ces compétences.

[42] Ce risque est d'autant plus fort pour les EMS qui ne pourront assurer à leur niveau le financement des CTEES contrairement aux GHT peut-être davantage susceptibles de mutualiser

la compétence et gains associés à l'échelle territoriale. Or, ce sont plus particulièrement les EMS et les petits établissements de santé qui ne disposent pas en leur sein de l'expertise et de l'ingénierie en énergie comme le souligne notamment l'association des Ingénieurs hospitaliers de France (IHF).

[43] En outre, le retour d'expérience des autres réseaux d'économes 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 préoyaient initialement un financement pendant 3 ans, ils ont dans les faits subventionné les postes pour une période plus longue.

[44] Le programme ACTEE s'engage dorénavant sur un financement pendant 6 ans, en prévoyant des bonus en cas de CDIisation du poste, et sous réserve de la présentation par la collectivité d'un modèle de financement à terme.

3.1.2 Les financements alternatifs n'ont pas la capacité à prendre le relais

[45] FNCCR comme ADEME, rencontrées par la mission, n'ont pas vocation et n'ont pas la capacité de reprendre le financement du réseau des CTEES.

[46] Des collaborations sont mises en œuvre entre les CTEES et la FNCCR à travers le programme ACTEE (Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Energétique) avec des financements mobilisés par la FNCCR pour les établissements sanitaires et médico-sociaux mais ces financements, limités et portant également sur des études et des actions, sont soumis à la signature d'une convention avec l'ARS instaurant un co-financement à part égales.

[47] L'ADEME a pu être en mesure dans certaines régions de financer certains conseillers en énergie (CEP) spécifiquement mobilisés pour le secteur de la santé mais ces crédits d'amorçage sont en voie d'extinction, dans un contexte où l'ADEME devrait recentrer son action sur le développement des énergies renouvelables et où l'accompagnement de la transition énergétique des bâtiments devrait être transféré à l'ANAH.

[48] L'ADEME a conventionné dans certaines régions avec les ARS, ce qui devrait être systématisé pour développer les actions communes mais ce conventionnement porte principalement sur les enjeux liés aux déchets et à l'alimentation.

[49] Certaines directions régionales de l'ADEME ont identifié en leur sein un correspondant sur le champ de la santé comme la région PACA. Interrogée par la mission, l'agence au national indique qu'elle ne souhaite pas identifier un chargé de mission santé pour l'ensemble du réseau au vu des moyens qui lui sont alloués. Pour l'ADEME, le secteur de la santé et de l'autonomie ne constitue pas une priorité stratégique spécifiquement identifiée dans son contrat d'objectif et de performance (COP).

3.1.3 La nécessaire constitution d'un guichet unique pour les établissements repose en tout premier lieu sur les CTEES

[50] 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 par les établissements au titre de la transition énergétique et appelle unanimement de leur vœux la constitution d'un guichet unique susceptible d'orienter les porteurs de projet.

[51] L'ANAP envisage dans ce cadre de créer un guichet d'appui au financement pour effectuer une veille continue de tous les dispositifs d'aide existants sur les différents thèmes environnementaux (énergie, eau, déchets, mobilités...), monter le dossier de demande d'aide pour le compte de l'établissement demandeur (voire de l'ARS) et accompagner dans le suivi des justificatifs apportés et effectuer le suivi et le reporting des montants d'aide obtenus. Elle envisage de doter ce guichet de deux ETP ce qui serait utile mais paraît totalement insuffisant pour permettre d'accompagner chacun des établissements.

[52] La mise en place d'un centre de ressources et d'expertise national au niveau de l'ANAP est nécessaire mais il apparaît utile de s'appuyer en première intention et en proximité sur le réseau des CTEES pour faire converger les demandes des établissements de leur ressort sur la question des financements.

[53] En effet 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.

[54] Les CTEES ont donc vocation à constituer cet appui de niveau 1, avec les coordinateurs régionaux appelés à traiter les questions à un niveau 2, le guichet national étant alors positionné dans cette approche en niveau 3.

[55] Le maintien du réseau des CTEES est aussi l'opportunité de consolider ce rôle de conseils financiers auprès des établissements dans un cadre structuré nationalement.

3.2 La prolongation du réseau devra s'inscrire dans le cadre d'un pilotage régional plus affirmé et constituerait l'opportunité de déployer les actions sur la mise en œuvre de la réglementation environnementale dans son ensemble

3.2.1 Il est proposé de renforcer le pilotage régional des CTEES via les ARS

[56] Le mode de régulation régionale du dispositif, au-delà de l'animation du réseau des CTEES en région et de l'échange de bonnes pratiques, nécessite d'être resserré sur les objectifs poursuivis (établissements couverts, prestations proposées et priorisées) et de résultats obtenus (gains en énergie, financements obtenus) pour mieux anticiper les échéances du décret tertiaire à commencer par celle de 2030.

[57] Si les initiatives locales et les premiers résultats obtenues avec l'appui des CTEES sont encourageants, il apparaît souhaitable de mettre en tension l'ensemble du dispositif avec un pilotage régional des actions et gains associés. Le coordinateur régional est bien entendu appelé à assurer ce suivi mais celui-ci doit s'effectuer en lien étroit avec les ARS, en résonance avec les priorités des PRS nouvellement adoptés en 2023 et les interactions qu'ont les agences avec les établissements (financement, contractualisation, évaluation des directeurs...).

[58] En Auvergne Rhône-Alpes, le coordinateur régional est directement positionné au niveau de l'ARS. Dans d'autres régions, les agences s'appuient sur une structure régionale dédiée pour déployer les actions environnementales auprès des établissements comme c'est le cas en Pays de la Loire avec la MAPES ou en Bretagne avec un GCS. Sans préjuger de la meilleure articulation, qui dépend de l'historique de chaque région et des opportunités locales, il revient aux ARS de développer sa capacité à piloter le dispositif, soit en internalisant la compétence, soit en s'appuyant sur une structure susceptible de porter ces enjeux et de définir en son sein les modalités de pilotage de la transition écologique vis-à-vis des établissements.

[59] Ce pilotage régional est par ailleurs nécessaire pour s'assurer que la couverture des établissements par le réseau des CTEES est la plus large possible même si celle-ci dépend étroitement du nombre de CTEES financé. La mission a pu constater que certains CTEES initient des actions mais sans qu'elles ne se concrétisent faute d'engagement au long cours des directions des établissements. Il peut donc être pertinent d'optimiser l'action des CTEES en réallouant les ressources auprès des établissements réellement enclins à mettre en œuvre les actions de performance énergétique avec des financements susceptibles d'être réalloués régionalement.

[60] Bien entendu, au-delà de la poursuite des financements du réseau constitué jusqu'en 2027, une meilleure couverture des établissements dépendra du nombre de CTEES effectivement recrutés alors que l'objectif des 165 n'est pas encore atteint et que par ailleurs certains conseillers ont d'ores et déjà été intégré dans le budget des établissements.

[61] En prenant comme hypothèse un conseiller par GHT pour le sanitaire (137 en France) et un conseiller pour le médico-social par département (101), une cible de 240 conseillers pourrait être retenue en termes de financement.

3.2.2 La poursuite des financements pourrait permettre d'élargir les missions des CTEES aux investissements immobiliers et aux autres enjeux environnementaux

[62] La prolongation du réseau permettra également aux conseillers d'investir plus avant les projets d'investissements immobiliers. Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que les CTEES étaient souvent associés à ces projets et apportaient leur concours sur les questions de performance énergétique et plus globalement sur les enjeux environnementaux liés à ces projets (impact environnemental de la construction, gestion de l'eau, qualité de l'air...) en lien avec les services instructeurs des ARS, notamment pour les plus petites structures.

[63] Cet accompagnement des CTEES à la conception des projets peut également s'avérer précieux tout au long de sa réalisation pour assurer au long cours la poursuite des objectifs environnementaux y compris lors de la mise en service des bâtiments pour vérifier que les

prérequis techniques intégrés au programme soit réellement mis en œuvre avec le réglage des installations notamment.

[64] Les CTEES ont également vocation à constituer une ressource au sein des établissements quant à la mise en œuvre des enjeux environnementaux qui ne relèvent pas seulement des problématiques énergétiques : baisse des émissions de GES en mobilisant l'ensemble des leviers, notamment celui des achats, gestion de l'eau, biodiversité, ...

[65] Pour l'ensemble de ces raisons, la mission considère qu'il est impératif de maintenir le financement national au moins trois années complémentaires afin de compléter et consolider le réseau actuellement constitué et permettre au CTEES en place et coordinateurs régionaux de déployer leurs actions dans le plus grand nombre possible d'établissements au vu de l'échéance 2030 relative au décret tertiaire.

ANNEXE 7 : Méthodologie d'estimation du coût de la rénovation énergétique du parc des établissements sanitaires et médico-sociaux

ANNEXE 7 : METHODOLOGIE D'ESTIMATION DU COUT DE LA RENOVATION ENERGETIQUE DU PARC DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX.....	164
1 METHODOLOGIE GENERALE	165
1.1 PRESENTATION GENERALE DU SCENARIO ENVISAGE.....	165
1.2 ETAT INITIAL DU PARC A RENOVER.....	166
1.3 OBJECTIF DE REDUCTION DES CONSOMMATIONS D'ENERGIE LIEES AUX TRAVAUX DE RENOVATION...	167
1.4 PARAMETRES PRIS EN COMPTE.....	167
2 RESULTATS ET DISCUSSION	170
2.1 PRINCIPAUX RESULTATS	170
2.2 DISCUSSION	172

Préambule

[1] Le secrétariat général à la planification écologique (SGPE) a souhaité que la mission procède à de premières estimations du coût de la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux, considérant que ce secteur était encore insuffisamment présent dans les discussions interministérielles sur ces enjeux.

[2] La mission a pris connaissance des études similaires, en particulier :

- L'étude du commissariat général au développement durable (CGDD) sur la rénovation énergétique du parc de bâtiments tertiaires⁶⁰. Cette étude s'appuie sur un modèle simulant les décisions de rénovation thermique (isolation et changement de système de chauffage) ;
- L'étude du centre d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) portant sur la rénovation énergétique du parc immobilier de l'Etat⁶¹. Cette étude se base sur la notion de changement de classe énergétique induit par les gestes de rénovation (petits travaux de maintenance, rénovation légère, rénovation lourde).

[3] L'élaboration de modèles similaires à ceux utilisés dans ces études est inaccessible à la mission dans le calendrier fixé et au regard du peu de données disponibles sur l'état du parc immobilier.

[4] La mission a donc procédé à une estimation plus frustre afin de fournir des ordres de grandeur associés à la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publics.

[5] Une étude plus précise est nécessaire pour construire une politique publique efficace pour mettre les établissements sanitaires et médico-sociaux en conformité avec la réglementation énergétique et environnementale.

1 Méthodologie générale

1.1 Présentation générale du scénario envisagé

[6] **Le scénario ne couvre que la rénovation des établissements sanitaires et médico-sociaux publics**, qui sont majoritairement prioritaires de leurs bâtiments et sont soumis à une réglementation spécifique. La construction d'un scénario pour les établissements privés est plus difficile dans la mesure où leur parc immobilier relève en majorité de la location et leur participation aux travaux de rénovation énergétique dépendra pour partie des baux signés avec leur propriétaire.

⁶⁰ Scénarios de rénovation énergétique des bâtiments tertiaires – Quelles solutions pour quels coûts à l'horizon 2050 – CGDD – décembre 2020

⁶¹ Trajectoires financières et énergétiques de la rénovation énergétique du parc immobilier de l'Etat – CEREMA – mars 2023

[7] **Le scénario envisagé par la mission poursuit l'atteinte des objectifs réglementaires applicables** aux établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment :

- La réduction des consommations d'énergie de 40 % en 2030, 50 % en 2040 et 60 % en 2050 par rapport à une année de référence, en application du décret tertiaire ;
- La rénovation au niveau BBC rénovation d'au moins 3 % par an des surfaces du parc immobilier public, en application de la directive sur l'efficacité énergétique ;
- L'objectif de réduire la consommation des bâtiments les moins performants (15 % des bâtiments les moins performants en 2030 et 25 % en 2035), en application de la directive sur la performance environnementale des bâtiments ;
- La suppression progressive des chaudières à combustibles fossiles d'ici 2040, en application de la future directive sur la performance énergétique des bâtiments.

[8] **Le scénario s'inscrit donc dans la période 2025-2050 au regard des échéances du décret tertiaire.** Les travaux de rénovation concernés sont essentiellement des travaux d'isolation ou de changement de mode de production d'énergie.

[9] **Il vise à estimer à horizon 2025 le coût d'investissement nécessaire à la rénovation énergétique des établissements, les gains énergétiques et la réduction des émissions de gaz à effet de serre associés, ainsi que les coûts socio-économiques de ce programme de rénovation.**

1.2 Etat initial du parc à rénover

[10] La mission a repris les estimations existantes pour déterminer la surface globale du parc immobilier des établissements sanitaires et médico-sociaux (cf. annexe 5) :

- 60 millions de m² (Mm²) pour les établissements de santé publics, selon l'estimation faite par le Sénat en 2013 ;
- 14,1 Mm² pour les établissements médico-sociaux publics, en partant de l'estimation faite par l'ANAP du parc total des établissements médico-sociaux (30-40 Mm²) et en extrapolant la part des EHPAD publics (45 %) selon l'estimation de la CNSA.

[11] **Sur cette base, la mission retient l'hypothèse que 70 % du parc public est susceptible de faire l'objet d'une rénovation énergétique, soit 52 Mm²** (42 Mm² pour les établissements de santé et 10 Mm² pour les EHPAD). La mission a en effet fait l'hypothèse que les bâtiments construits avant les années 2000 devaient faire l'objet d'une rénovation énergétique, les bâtiments construits en période étant soumis à des réglementations énergétiques plus strictes. Selon l'étude du CGDD précitée, 83 % des bâtiments tertiaires ont été construits avant les années 2020. La mission fait également l'hypothèse qu'environ 10 % de ces bâtiments ont déjà fait l'objet d'une rénovation, notamment dans le cadre du Ségur. Cette estimation est cohérente avec une enquête, menée en 2023 par la commission ingénierie, architecture, biomédical (CIAB) de la conférence des directeurs généraux de CHU qui estime que 71 % des surfaces des bâtiments des CHU nécessitent une isolation par l'extérieur.

[12] **En termes de consommation énergétique, le scénario se base sur la moyenne des consommations transmises en 2022 par les établissements à la base OPERAT** de l'ADEME dans le

cadre de la mise en œuvre du décret tertiaire : 250 kWh/m² pour les établissements sanitaires et 165 kWh/m² pour les établissements médico-sociaux.

[13] La mission ne dispose pas de données sur la classe énergétique des bâtiments sanitaires et médico-sociaux.

1.3 Objectif de réduction des consommations d'énergie liées aux travaux de rénovation

[14] Le scénario prévoit de lisser le programme de rénovation énergétique des établissements jusqu'en 2050, soit un taux de rénovation annuel des surfaces de 3,8 %.

[15] Or la directive européenne sur l'efficacité énergétique prévoit de rénover au moins 3 % des surfaces du parc immobilier public au niveau BBC rénovation.

[16] **La mission émet donc l'hypothèse que toutes les rénovations énergétiques du programme devront atteindre le niveau BBC rénovation, soit une baisse des consommations d'au moins 40 % à l'issue des travaux.**

[17] Cette hypothèse est cohérente avec les exigences fixées pour les travaux de rénovation énergétiques des bâtiments des collectivités territoriales financées par le fonds vert.

1.4 Paramètres pris en compte

Coût des travaux de rénovation énergétique

[18] La nature des travaux à réaliser peut être très différente d'un bâtiment à l'autre. Par ailleurs, les travaux de rénovation énergétique se font rarement de manière isolée et s'inscrivent souvent dans des opérations globales de rénovation.

[19] La mission a donc formulé trois hypothèses de coût des travaux pour tenir compte de la diversité des situation susceptibles d'être rencontrées :

- 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 1000 €/m² par les représentants hospitaliers (hypothèse B) ⁶²;
- Un coût lié à la rénovation globale d'un bâtiment incluant les surcoûts liés à la rénovation énergétique, estimé à 1500€/m² par la direction de l'immobilier de l'Etat (hypothèse C)⁶³.

⁶² 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

⁶³ 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

[20] Une évolution annuelle du coût des travaux de 2 % par an jusqu'en 2050 est pris comme hypothèse dans le scénario. Ce taux est inférieur au d'évolution constaté sur la période 2014-2023 de l'indice des coûts de construction BT01 (2,9 %) afin de neutraliser l'effet inflationniste constaté en 2022-2023.

Coût de l'énergie

[21] Un coût moyen toute énergie de 115 € / MWh a été retenu comme hypothèse. Ce montant est la moyenne sur les quatre dernières années, du coût moyen des énergies (électricité, gaz, réseau de chaleur urbain, biomasse) constaté par les CHU, selon une enquête flash menée par la conférence des DG de CHU en janvier 2024.

[22] Une évolution annuelle du coût de l'énergie de 2 % par an jusqu'en 2050 est également pris comme hypothèse dans le scénario. Il s'agit d'une hypothèse prudente au regard de l'évolution annuelle constatée par l'Insee entre 2010 et 2021 (3,2 % pour l'électricité et 2,6 % pour le gaz)⁶⁴ et ne prenant pas en compte l'effet inflationniste constaté en 2022-2023.

Mix énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux

[23] Les mix énergétiques utilisés dans le scénario s'appuient sur les données suivantes :

- Les résultats de l'enquête flash menée par la conférence des DG de CHU en 2023, extrapolés à l'ensemble des établissements de santé, même s'il n'est pas certain que le mix des CHU soit représentatif du mix de l'ensemble des établissements de santé : il est probable que la part des réseaux de chaleur urbain (30 %) et de l'électricité soient majorés au détriment du gaz ;
- Le mode principal de chauffage des EHPAD calculé à partir du tableau de bord de la performance, extrapolé à l'ensemble des établissements médico-sociaux.

⁶⁴ En 2022, le prix annuel moyen du MWh d'électricité a augmenté de 45 % et celui du MWh de gaz de 107 %
- Insee Première - n° 1952 - Juin 2023

Tableau 1 : Mix énergétiques utilisés dans le scénario

Type d'énergie	Etablissements de santé	Etablissements médico-sociaux
Electricité	48 %	10 %
Gaz	17 %	63 %
Fioul	0 %	8 %
Autres sources (biomasse, réseau de chaleur, géothermie...)	35 %	14 %
Non renseigné	-	6 %

Source : Conférence des DG de CHU, tableau de bord de la performance médico-sociale ; traitement mission

[24] Les établissements médico-sociaux qui n'ont pas renseigné leur source principale de chauffage sont réputés dans le scénario avoir un chauffage au gaz.

Facteurs de conversion

[25] Les quantités de gaz à effet de serre émises par les différentes sources d'énergies sont calculés à partir des facteurs d'émission de l'ADEME.

Tableau 2 : Facteurs d'émission des sources d'énergie

Type d'énergie	Facteur d'émission (en kg CO ₂ /kWh _{ef})
Electricité	0,064
Gaz	0,227
Fioul	0,324
Autres sources (biomasse, réseau de chaleur, géothermie...)	0,03

Source : ADEME

Note : pour des raisons de simplification, le facteur d'émission de la biomasse a été utilisé pour l'ensemble des sources autres que l'électricité, le gaz et le fioul. Cette hypothèse est discutable, notamment dans le cas des réseaux de chaleur urbains qui ne sont pas tous décarbonés.

Données socio-économiques

[26] L'efficacité socioéconomique du scénario est estimée en calculant le coût d'abattement global du programme de rénovation énergétiques des établissements sanitaires et médico-sociaux et de le comparer à la valeur de l'action pour le climat (VAC), définie par France Stratégie⁶⁵

Tableau 3 : Evolution de la valeur d'action pour le climat

	2018	2030	2040	2050
Valeur action climat (en €/tonne CO2 évitée)	54	250	500	775

Source : France Stratégie

[27] Le principe général d'un coût d'abattement consiste à évaluer le surcoût associé à l'activation d'un levier technologique ou comportemental, à lui retrancher d'éventuels bénéfices (directs en économie d'énergie et éventuellement indirects tels qu'une diminution de la pollution, de nuisances sonores...) et de rapporter cette différence aux émissions de GES évitées, selon la formule :

$$\text{Coût}_{\text{abattement}} = \frac{\text{Coût}_{\text{investissement}} - \text{Gain}_{\text{énergie}} - \text{Gain}_{\text{autres externalités}}}{\text{Quantité CO2 évitée}}$$

[28] Le coût d'abattement a été calculé à horizon 2050 et a été comparé à la valeur 2050 de la valeur d'action pour le climat définie par France Stratégie.

[29] Par simplification, les gains du programme de rénovation énergétiques sont assimilés uniquement à des gains énergétiques. La mission n'a pas été en mesure, dans les conditions qui étaient les siennes, de prendre en compte par exemple les externalités positives pour la santé de ces rénovations⁶⁶. Cette simplification augmente mécaniquement le coût d'abattement et minimise l'intérêt socio-économique du programme de rénovation énergétique.

2 Résultats et discussion

2.1 Principaux résultats

[30] Le scénario établi par la mission permettrait d'économiser 122 000 MWh et 12 millions de tonnes (MT) de CO2 sur la période 2025-2060. **Les dépenses énergétiques induites seraient réduites de 14,3 Mds€, soit 400 M€ en moyenne annuelle.**

⁶⁵ La valeur de l'action pour le climat. Une valeur tutélaire du carbone pour évaluer les investissements et les politiques publiques -rapport France Stratégie - février 2019

⁶⁶ Évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public – Rapport CGDD, France Stratégie et SGPI – mars 2022

[31] Selon les hypothèses A et B, le coût d'investissement lié à la rénovation énergétique serait compris entre 27 Mds€ et 67 Mds€ sur la période 2025-2050 selon les hypothèses retenues, soit un investissement annuel compris entre 1 et 2,5 Mds€.

[32] L'hypothèse C représente le coût global de rénovation du parc immobilier considéré intégrant les surcoûts liés à la rénovation énergétique. La rénovation totale du parc immobilier pris en compte dans l'étude aurait un coût estimé à 100 Mds€, soit 3,9 Mds€ par an.

[33] In fine, en retranchant la dépense énergétique évitée, le coût net de la rénovation énergétique serait compris selon les hypothèses retenues entre 12,5 Mds€ et 52,9Mds€.

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)	1 033 507 531	2 583 768 828	3 875 653 242
Dépense énergétique évitée 2025-2060 (€) (2)	14 298 730 762	14 298 730 762	14 298 730 762
Coût net (€) (1)-(2)	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.

[34] Quelle que soit l'hypothèse, le coût d'abattement est supérieur à la VAC 2050 (775 €/T CO2 évité), ce qui indique que, de manière globale, la rénovation complète du parc n'est pas socioéconomiquement rentable, selon les conditions du scénario étudié.

2.2 Discussion

[35] Ces résultats sont le fruit de nombreuses hypothèses et approximations et doivent donc être pris comme des ordres de grandeur.

[36] Le manque de données précises sur l'état du parc immobilier et leur performance énergétique amènent à formuler des hypothèses simplistes et générales, alors que l'hétérogénéité des situations implique une granularité fine des actions, ce qui induit des marges d'erreur importantes.

[37] 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.

[38] 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 futures valeurs absolues du décret tertiaire applicables au secteur de la santé, 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.

[39] 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.

[40] S'agissant des coûts d'abattement, les valeurs calculées doivent être considérées avec prudence car leur robustesse reste limitée par les informations disponibles.

[41] A titre de comparaison, l'analyse socio-économique de différents scénarios de politiques publiques présentée dans le cadre de l'étude du CGDD précitée montre que les mesures de

rénovation énergétique des bâtiments tertiaires permettant d’atteindre la neutralité carbone ont un coût compris en 100 et 200 € par tonne de CO2 évitée.

[42] 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 1240 €/T CO2 évité, ce qui ne la rend pas 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 logements⁶⁷.

[43] D’autre part, 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 santé⁶⁸.

[44] Une étude plus approfondie, basée sur des données plus précises de l’état du parc immobilier apparaît essentielle pour mieux planifier la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux.

⁶⁷ Les coûts d’abattement Partie 5 – Logement - Rapport de la commission présidée par Patrick Criqui – France Stratégie- Novembre 2022

⁶⁸ 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