

N°23 Mars 2004

REGARDS DE LA FHP

Revue de la Fédération de l'Hospitalisation Privée



Dynamique

de l'investissement hospitalier et réorganisation hospitalière



QUOI DE NEUF DANS L'INVESTISSEMENT IMMOBILIER DES CLINIQUES ?

Géry DIVRY

Architecte DESA

Directeur des Études ARES Santé

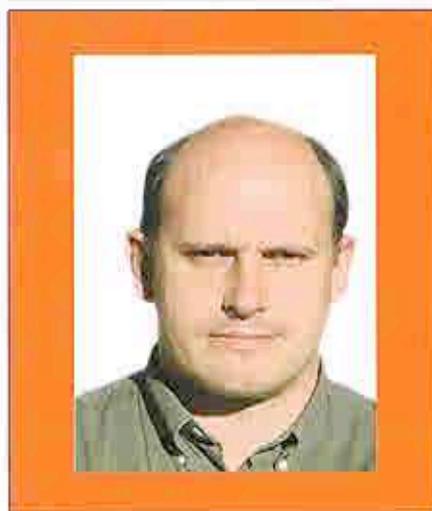
2004 est un tournant important dans l'investissement immobilier des établissements de santé. Depuis quelques années, la vétusté d'une grande partie du parc immobilier commençait à poser un problème de santé publique.

En effet, une grande majorité des cliniques occupe encore des locaux dont la construction initiale date des années 70 et dont les bâtiments ont subi de nombreuses extensions et restructurations successives. La situation est identique pour les hôpitaux publics.

Le problème des bâtiments ayant évolué dans le temps est l'inadéquation progressive de l'organisation générale de l'établissement avec les contraintes actuelles de normes et d'optimisation de gestion. Il arrive un moment où l'on se rend compte que la restructuration ou l'extension prévue est celle de trop, que le bâtiment ne peut plus évoluer et qu'il faut déménager. Les facteurs déclenchant sont souvent une mise aux normes impossible, l'accueil de nouveaux lits ou un regroupement d'établissements.

Dans la décision de construire ou de reconstruire, la motivation est aujourd'hui souvent la volonté de préparer l'avenir, de concevoir un nouvel outil pour les 30 ans à venir.

Mais construire pose un problème financier immédiat, construire coûte cher, de plus en plus cher, et les financements possibles ne sont pas légion.



Par ailleurs, la construction d'un bâtiment hospitalier ne peut être considérée comme un investissement immobilier classique. La spécialisation du bâti rend le bâtiment pratiquement impropre à tout autre usage, la revente du bien devenant très délicate. Les bâtiments d'une clinique doivent donc être considérés comme un outil de production plus qu'un bâtiment au sens propre du terme.

Cette problématique a été longtemps un frein à l'évolution des cliniques : comment décider de construire un bâtiment neuf, adapté aux contraintes actuelles, si l'on ne sait pas comment revendre le bâtiment existant pour financer partiellement le déménagement, ... Certes, la

conversion d'une ancienne clinique en maison de retraite est possible mais elle nécessite souvent une restructuration importante pour être conforme aux nouvelles exigences des tutelles et organismes financeurs.

Une estimation récente fixait le coût immobilier global d'une clinique à environ 100 € le m² annuel, ce qui fait environ 80 000 € par lit et par an. Or, toute cette somme ne peut pas être consacrée au remboursement des emprunts, faut-il encore entretenir le bâtiment neuf.

Par ailleurs, les coûts de constructions se sont envolés ces dernières années. Les nouvelles réglementations (sécurité incendie, acoustique, environnement, les fluides médicaux, le traitement d'air des salles d'opérations, etc...) se sont empilées en 3 ans.

Chacune ajoutant ses contraintes propres et parfois contradictoires, chaque contrainte ayant un coût supplémentaire.

Le nombre d'intervenants nécessaires pour conduire un projet de construction hospitalière a sérieusement augmenté, la complexité de l'acte de construire atteint des sommets. Les coordonnateurs sécurité santé, systèmes de sécurité incendie, contrôleurs techniques, hygiénistes, spécialistes en qualité environnementale, diagnostique amiante, réseaux d'eau, etc... ont tous un coût direct mais aussi un coût indirect plus difficile à évaluer du fait du foisonnement et de la complexité qu'ils génèrent.

Un chantier de clinique nécessite aujourd'hui, à un maître d'ouvrage, de gérer directement ou indirectement plus de 15 intervenants différents (en terme de structures juridiques) avant même d'avoir vu une entreprise sur le chantier. Lorsque l'on sait qu'il faut entre 20 et 25 lots (entreprises) pour ce type de chantiers, le problème se résume vite à devoir faire travailler ensemble, sur un projet, environ 40 structures juridiques différentes, et ce, sans compter les administrations diverses sollicitées. On comprend mieux les dérives financières constatées sur de nombreux projets, la complexité ayant toujours un coût.

Le coût des matériaux a aussi, pour certains lots, fortement augmenté ces dernières années (en particulier pour le plâtre et l'acier ces derniers mois), les 35 heures dans les entreprises du bâtiment (dont plus de 50 % des coûts sont de la main d'œuvre) se sont répercutées lentement mais sûrement.

L'obligation de tri des déchets de chantier a augmenté le coût des démolitions, les réglementations sur le plomb et l'amiante rendent les reconversions de bâtiments existants, ou même leur simple démolition, économiquement prohibitives.

Le prix au mètre carré a donc sérieusement augmenté. Il faut rester vigilant sur les prix au mètre carré publiés car ils sont peu significatifs. En fonction des équipements et des spécialités, ceux-ci peuvent varier du simple au double.

Il faut bien distinguer le coût de construction (prix HT au M²) du coût réel TDC (toutes dépenses confondues). Le coefficient entre les deux chiffres se situe généralement entre 1,4 et 1,5. La différence intègre les honoraires de l'équipe de maîtrise d'œuvre, les différents intervenants complémentaires, les assurances et la TVA.



Il faut en outre souvent ajouter le prix du terrain et parfois le coût des emprunts, c'est pour cela que je reste très prudent lorsque des prix circulent : il faut savoir ce qu'ils contiennent pour pouvoir les comparer.

Il existe néanmoins quelques ratios indicatifs sur le prix au lit d'un établissement de santé, fourchette large de 100 000 à 200 000 € le lit TDC (la fourchette haute étant généralement réservée au public, la basse aux cliniques). De mon point de vue, on se situe aujourd'hui plutôt vers 120 000 € TDC le lit dans une clinique moderne. La surface nécessaire par lit n'a pas beaucoup évolué et se situe dans une fourchette de 75 à 110 M², selon les spécialités, et le plateau technique.



Une tendance lourde est la volonté des cliniques d'externaliser certains services logistiques et les bureaux de consultations. Il y a plusieurs raisons à cela :

- Le manque de place qui pousse les établissements à se recentrer sur leur métier et à sortir tout ce qui n'est pas strictement indispensable dans leurs bâtiments.
- Une possibilité de mutualisation de moyens pour ce qui est des services logistiques.
- La facilité de construire un bâtiment de bureaux neuf, dédié aux consultations, bâtiment non technique donc économique au regard de ce que coûte un bâtiment hospitalier.
- La possibilité d'autofinancer cette construction par le produit des locations.

Les cliniques ne dégagent pas assez de ressources pour autofinancer leurs investissements dans leurs bâtiments. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, cet investissement n'est pas un produit classique créant une valeur négociable, elle n'intéresse donc pas vraiment les acteurs classiques du marché immobilier.



Si on intègre aussi le fait que les coûts d'entretien des bâtiments existants ne font que croître proportionnellement avec leur âge, il viendra un moment où le budget ne permettra plus ni l'entretien, ni la reconstruction d'un établissement neuf. Le problème, même s'il se pose dans des termes différents, est identique pour les hôpitaux publics.

C'est un des constats qui a amené le plan Hôpital 2007 à subventionner largement la création de bâtiments neufs. En effet, mieux vaut investir de l'argent pour créer un bâtiment aux normes qui coûtera peu en entretien que pour entretenir difficilement un bâtiment obsolète.

Or, ces dernières années, il a été dépensé 50 % de plus de budget dans l'entretien de structures vieillissantes que dans la création de nouveaux projets (1,6 Md€ versus 1,1 Md€ annuel selon le ministère). Le plan Hôpital 2007 inverse la tendance, les nouveaux investissements seront 70 % plus élevés que les budgets d'entretien.

Au vu des projets retenus, la part reçue par les cliniques reste modeste au regard de l'hospitalisation publique, mais est conséquente sur des projets particuliers si l'on considère qu'il s'agit de subventions directes et qu'il n'y a pas eu de saupoudrage. Les grands gagnants sont les regroupements de sites, privé/privé ou public/privé, les Agences Régionales d'Hospitalisation ayant volontairement profité de ce levier financier pour accélérer des opérations de regroupement en gestation.

Le plan Hôpital 2007 a incontestablement «boosté» l'investissement immobilier des cliniques, directement ou indirectement, il faut néanmoins espérer que les délais d'étude et de mise en route des chantiers exigés par le plan ne pousseront pas les établissements à se lancer trop vite dans des projets mal conçus et trop vite réalisés. Il faudra bien que ces nouveaux bâtiments tiennent eux aussi 30 ans ! ■